

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет психології та соціальної роботи

(повне найменування інституту/факультету)

кафедра практичної та клінічної психології

(повна назва кафедри)

## Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: **«Психологічний аспект сексуальних дисфункцій у жінок»**  
**«Psychological aspect of sexual dysfunctions in women »**

Виконала: студентка денної форми навчання  
спеціальності 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Сафонова Владислава Андріївна

Керівник: канд.психолог. наук, доц. Юнг Н.В.

Рецензент: канд.психолог.наук,доц.Цибух Л.М.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№\_\_ від \_\_\_\_\_ 2023 р.

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_ Псядло Е.М.

(підпис)

Захищено на засіданні ЕК № \_\_\_\_\_

протокол № \_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2023 р.

Оцінка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)

Голова ЕК

(підпис)

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ПСИХОСЕСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ПІД ВПЛИВОМ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ.....</b>	<b>5</b>
1.1 Статеве виховання.....	5
1.2 Психосесуальний розвиток.....	13
Висновки до розділу 1.....	18
<b>РОЗДІЛ 2. СЕСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДИ СЕСУАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ.....</b>	<b>19</b>
2.1 Зв'язок оргазму з анатомічними особливостями жіночого організму.....	19
2.2 Цикл сесуальних реакцій.....	27
2.3 Види сесуальних дисфункцій.....	30
2.4 Діагностика сесуальних дисфункцій.....	39
2.5 Психотерапевтична корекція.....	48
Висновки до розділу 2 .....	54
<b>РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СЕСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК.....</b>	<b>56</b>
3.1. Організація та етапи емпіричного дослідження.....	55
3.2. Специфіка залежності сесуальних дисфункцій від психічного стану особистості.....	60
3.3. Психологічні особливості жінок з сесуальними дисфункціями.....	83
Висновки до розділу 3.....	96
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>98</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>100</b>

## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** Сексуальність почали вивчати ще з XVI віку – культура відродження та процвітництва. З тих пір науковці та суспільство зробили безліч відкриттів саме в сфері сексології (відкриття, удосконалення, вивчення психоаналізу). З моделі піраміди Маслоу можна побачити, що базовою потребою до життя людини є сексуальна розрядка. Вона стоїть на тому ж рівні, як і потреба їсти, спати.

Наше суспільство все більш стає орієнтованим на комфорт, підвищення якості життя, а значна увага приділяється сексуальній рівності, задоволення та здоров'я. Більша кількість сексуальних дисфункцій є наслідком психогенних розладів. Саме тому необхідно працювати над вдосконаленням сексуальної освіти дітей, обізнаності щодо причин цих розладів, надання психологічної допомоги, лікування патологій при порушенні сексуальної функції.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць.** Дослідженню проблеми психологічного аспекту сексуальних дисфункцій жінок, під впливом психогенних розладів, свої роботи присвятили багато авторів, зокрема: Каплан Х.С., Келлі Г., Старшенбаум Г.В., Крукс Роберт, Баур Карла, Левін І., Мастерс У., Джонсон В., Колодні Р. Негоскі Е., Кочарян Г.С., Кон І.С., Щеглов Л., Шостакович Б.В., Ушакова І.М., Потапов С.А. .

**Метою кваліфікаційної роботи** є теоретико-методичне обґрунтування причин виникнення сексуальних дисфункцій та їх терапії.

Виходячи з мети визначимо наступні **завдання:**

- вивчити теоретичні основи психологічного аспекту розладів сексуальних функцій;
- визначити особливості впливу статевого виховання на подальше сексуальне здоров'я;
- розглянути види психотерапевтичної допомоги ;
- провести аналіз матеріалів для діагностики сексуальних розладів;

- розробити рекомендації щодо сексуальної освіти дітей, обізнаності щодо причин цих розладів, надання психологічної допомоги, лікування патологій при порушенні сексуальної функції .

**Об'єктом дослідження** є сексуальні дисфункції у жінок.

**Предметом дослідження** є психологічний аспект сексуальної функції у жінок.

**Методи дослідження.** Процес дослідження відбувався за допомогою використання таких методів: абстрактно-логічний – формування теоретичних узагальнень та висновків; порівняльно-історичний – вивчення проблеми та тенденцій психотерапевтичної допомоги; аналізу і синтезу – формування стратегій розвитку сексуальної обізнаності суспільства; статистичні методи обробки інформації – вивчення та аналіз динаміки ефективності того чи іншого методу психотерапевтичної допомоги; регресивний аналіз.

**Практична значимість.** Сформульовані та обґрунтовані теоретико-методичні положення, розроблені практичні рекомендації забезпечать обізнанність спеціалістів щодо данної проблеми.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи:** робота викладена на 106 сторінках та складається зі вступу, трьох розділів, 10 підрозділів, висновків, списку використаних джерел із 67 найменувань, містить 1 таблицю, 37 рисунків, 2 схеми та 4 графіки.

# РОЗДІЛ 1

## ФОРМУВАННЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ПІД ВПЛИВОМ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ

### 1.1. Статеве виховання

Періоди формування сексуальності починаються ще з утроби матері.

В пренатальному періоді здійснюється формування гонад, геніталій та структур мозку.

Під час парабуртатного періоду (1-7 років), коли дитина усвідомлює статеву належність, починає розрізняти стать оточуючих і необоротність статевої належності. У цьому віці виникає цікавість, яка спрямована на статеві ознаки, статеві органи (формується статеве самосвідомість). Може виникати перша мастурбація.

В препубертатному періоді (7-13) років виробляються статево-рольові установки. Формується стереотип статево-рольового поведіння.

Під час перехідного періоду сексуальності (16-26 років) присутні сексуальні фантазії, мастурбація, початок статевого життя, сексуальні ексцеси, тощо[1].

Саме тому статеве виховання потрібно починати з раннього дитинства. Воно не тільки позитивно вплине на сексуальне здоров'я майбутньої жінки, а й захистить дитину. Адже майже кожна п'ята дитина є жертвою однієї з форм сексуального розбещення чи насильства. Це трапляється з дітьми будь-якої статі, віку, кольору шкіри, соціального класа чи релігії. При цьому часто людину, яка здійснює данні акти, дитина добре знає. Найчастіше це чоловіки близькі до оточення дитини: батько, вітчим, дідусь, дядько, брат. Набагато рідше, незважаючи на переонання більшості, це зовсім незнайомі маніяки – педофіли на вулиці. Такі дії може здійснювати й інша дитина: рідний чи двоюрідний брат, сестра, дитина друзів, сусідві, тощо.

Звичайно дівчинка, яка зазнала насилля чи розбещення в дитинстві в майбутньому з високою ймовірністю буде мати сексуальні дисфункції. Саме

тому батьки повинні захистити та запобігти таким випадкам. З правилами нижньої білизни це більш ймовірно. Вони були розроблені саме для того, щоб допомогти батькам, опікунам почати розмову таких питань зі своїми дітьми. Завдяки цим правилам, можна пояснити:

1. Що інші люди не повинні намагатися торкатись дитини в тих місцях тіла, які зазвичай закриті спідньою білизною, та самі діти не повинні торкатися інших в цих місцях.

2. Такі місця не можна показувати, дивитися на них, якщо їх показує хтось інший. Навіть якщо дитину про це просять.

3. Як реагувати дитині, якщо такі дотики, демонстрація, прохання все ж таки сталися.

4. До кого звертатися за допомогою.

Дитина ніколи не буває занадто мала для навчання цим правилам, тому що домагання можуть мати місце в будь-якому віці. Головне для такого навчання мати налагоджений контакт зі своєю дитиною.

Перше правило: тіло належить лише тобі.

Дітей треба вчити тому, що їх тіло належить їм, та жоден не може його торкатися, без дозволу зі сторони дитини. Якщо відкрито та прямо обговорювати в самому юному віці питання статевого виховання та інтимних частин тіла(при цьому правильно їх називаючи) це допоможе дитині зрозуміти, що можна та не можна робити не тільки їй, а й оточуючим.

Одразу казати тверде «Ні», у зв'язку з недоречним фізичним контактом, щоб запобігти небезпечних ситуацій.

Повідомити про те, що трапилося тому дорослому, якому дитина довіряє.

Друге правило: хороший дотик – поганий дотик.

Діти не завжди розрізняють нормальні та не погані дотики. Для дітей взагалі, все що роблять інші, а особливо дорослі – нормально та доречно. До того моменту, поки вони не дізнаються щодо правил та обмежень. Часто дитина, яка піддалась розбещенню, повідомляє, що не знала та не розуміла,

що це щось заборонене, не правильне, та насильницьке. Більш того, травматизація може трапитися не в той момент, коли с дитиною це відбувається, а тоді, коли вона дізнається, що це не допустимо та поведінка є насильницькою.

Треба пояснити дитині, що погано, якщо хтось оглядає їх статеві органи або їх торкається, чи просить їх подивитися на статеві органи іншої людини, торкнутися їх. Правила нижньої білизни допомагають дітям зрозуміти очевидну межу, що легко запам'ятовується, а саме – спідня білизна. Це також допомагає батькам розпочати розмови з дітьми про інтимну сферу - спираючись на спідню білизну, простіше все пояснити.

Важливо зазначити, що потрібно проговорювати, що деякі дорослі все ж таки можуть торкатися їх в місцях спідньої білизни. Такі дорослі, як лікарі, батьки, опікуни. Лише за умови, що у дитини такі дотики не викликають дискомфорт.

Третє правило: добрий секрет – поганий секрет.

Основна тактика того, хто займається сексуальними домаганнями, - робити акцент на секретність, таємницю між ним і дитиною, їхній власний секрет, про який не можна повідомляти нікому більше. Тому так важливо навчити дітей розрізняти хороші й погані таємниці та створити атмосферу довіри.

Будь-яка таємниця, яка викликає в них пригніченість, дискомфорт, страх або відчай - це погана таємниця. Її не можна зберігати в собі, про неї потрібно розповісти тому дорослому, який користується в дитини довірою (одному з батьків, учителю, співробітнику поліції або лікарю).

Батьки повинні заохочувати дітей у тому, щоб вони ділилися з ними поганими таємницями.

Звісно, для того, щоб дитина розуміла, що вона відчуває пригніченість, дискомфорт, страх чи відчай, важливо розвивати її емоційний інтелект. Говорити із дитиною про почуття та емоції, допомагати їй їх розуміти.

Четверте правило: відповідальність за попередження та захист лежить на дорослих.

Коли діти зазнають домагань, то вони відчують сором, провину і страх. Нерідко діти після випадків домагань кажуть, що самі були винні в тому, що трапилося, що це їхня неправильна поведінка спровокувала гвалтівника, що батьки забороняють говорити про "таке" і вони не можуть їм розповісти, а якщо розкажуть, то батьки дуже засмутяться.

Батьки мають уникати того, щоб створювати заборонені теми навколо інтимних питань.

Дорослим потрібно досягти, щоб діти знали, до кого вони можуть звернутися, якщо відчують занепокоєння, пригніченість або відчай. Але оскільки іноді діти бояться зробити боляче батькам, знаючи, як ті їх люблять і оберігають, важливо, щоб дитина мала довірену особу поза колом сім'ї: вчитель, вихователь, друг сім'ї, тітка чи дядько тощо. Це важливо ще й тому, що насильство може відбуватися з боку найближчих, у колі сім'ї.

Батьки мають бути уважними та відкритими до почуттів і поведінки дитини та реагувати на зміни, якщо помічають їх.

Попередження сексуального насильства - це насамперед відповідальність дорослих, тому важливо не перекладати весь тягар на плечі дітей. Фрази на кшталт "виросте - зрозуміє" або "не питає - значить поки що розповідати не буду" - це перекладання відповідальності.

Дітям потрібно розповідати про тих дорослих, які можуть стати частиною їхнього безпечного оточення. Їм потрібно допомагати в тому, щоб вибрати таких дорослих, яким вони можуть довіряти, які відкриті для спілкування та готові їх вислухати і їм допомогти.

Тільки один із членів безпечного оточення має жити з дитиною. Інший має жити поза безпосереднім сімейним оточенням. Діти мають знати про те, як отримати допомогу від такого кола довіри.

У більшості випадків особа, яка вчиняє домагання, - це людина, яку дитина знає. Маленьким дітям особливо важко зрозуміти, що людина, яка їх

знає, може їх домагатися. Потрібно пам'ятати про той процес "залицяння", який домагачі використовують для того, щоб завоювати довіру дитини.

У сім'ї має бути тверде правило, що дитина регулярно розповідає батькам про те, хто дарує їй подарунки, хто просить зберегти таємниці або намагається провести з нею час наодинці.

Коли ви підозрюєте, що ваша дитина зазнала домагань, дуже важливо не сердитися на саму дитину.

Не дайте їй відчуття, що вона зробила щось неправильне. Не піддавайте дитину допиту. Ви можете запитати, що могло статися, коли і з ким, але не питайте, чому це сталося.

Намагайтеся не робити висновків, заснованих на недостатній або неясній інформації. Щоб заспокоїти дитину, скажіть їй, що ви знаєте, що робити, і зв'яжіться з тією людиною, яка може допомогти. Наприклад, із психологом, фахівцем із догляду за дітьми, лікарем, соціальним працівником або співробітником поліції.

Отже, що дають правила нижньої білизни дитині:

1. Якщо дитина володіє Правилами спідньої білизни, вона знає, що тіло людини належить тільки їй. Вона може в будь-який момент момент відмовитися від небажаних для неї дотиків.
2. На тілі людини є інтимні місця, до яких не можна торкатися ось так просто, як до руки або щоки.
3. Кожна людина має право сказати "ні" у відповідь на чийсь дотики. Дитину потрібно вчити того, щоб вона говорила "ні" наполегливо і твердо, поки її не почують.
4. Діти не завжди розрізняють хороші та погані дотики. Поясніть дітям, що погано, якщо хтось оглядає їхні статеві органи або їх торкається, або просить їх подивитися на статеві органи іншої людини або доторкнутися до них.
5. Формуйте довірливі стосунки з дитиною. Поясніть, що якщо якась таємниця викликає в неї пригніченість, дискомфорт,

страх або відчай, то це погана таємниця і її не можна зберігати в собі. Потрібно розповісти про неї дорослому, який користується в дитини довірою.

6. Важливо, щоб у дитини була людина всередині сім'ї, якій вона довіряє, і поза сім'єю (вихователь, учитель, друг сім'ї), до якої вона може звернутися.

7. Відповідальність за домагання лежить на дорослому чи опікуні дитини.

8. Батьки не повинні формувати заборони навколо інтимних тем. Тем, а діти мають розуміти, що можуть звернутися до батьків з будь-якого питання. Особливо якщо відчувають стурбованість, пригніченість і відчай.

9. Геніталії потрібно називати правильно. Неприпустимі червоні щоки й ухиляння від питань, пов'язаних із сексом. Чим більший секрет створювати, чим більше покривати цю тему таємницею, що більше приховати правильні назви статевих органів, тим гірше ви робите своїй же дитині та її безпеці.

10. Дитині віком 3-5 років потрібно показати геніталії чоловіка та жінки (бажано на реалістичних картинках), пояснити різницю будови чоловічих і жіночих геніталій і проговорити Правила спідньої білизни. А для цього потрібно самим перестати соромити геніталії.

Якщо не розмовляти на ці теми в ранньому віці, то при спробі поговорити з дітьми у віці 10-12 років батьки можуть спостерігати різні реакції : дитина соромиться, відмовляється слухати, перебиває, закриває вуха, намагається якнайшвидше закінчити розмову або заявляє, що він вже все знає. Усі ці прояви нормальні для такого віку. Тому батьки повинні починати перші бесіди з тим, які взагалі не зачіпають сексуальність, але дуже хвилюють підлітків. Робити це треба, враховуючи основні потреби підліткового віку.

У 11-12 років починається період, коли виробляються статеві гормони, що загострює емоційні аспекти стосунків між хлопцями і дівчинками. З початку статевого дозрівання це може проявлятися в появі інтересу дружити з протилежною статтю. На цей період ще немає особливої цікавості до генітальної сфери, вся увага підлітків зосереджується на романтичних почуттях. Саме тому на цьому етапі важливо вести бесіду з дитиною про міжстатеві стосунки.

Вже після 12 років розвиток підлітка відбувається через призму гормонів. Саме тому стосунки між підлітками набувають сексуальне та еротичне забарвлення.

Якщо дитина росла за нормальних обставин, то стосунки, які будуть виникати між підлітками, проявлятимуться більш природно і не будуть потребувати більшої уваги зі сторони дорослих. Принаймні більше, ніж того заслуговує сама подія. З першим коханням у підлітків виникають нові, доти невідомі переживання, які на тлі гормональних змін в організмі вимагають поступового осмислення. У цей момент зростає потреба в радах дорослих.

Якщо ж підліток не має можливості порадитися із старшими про свою закоханість, свої романтичні стосунки, або ж якщо дорослі реагують на них неадекватно - лають, соромлять, докоряють поганими оцінками, намагаються припинити або знецінити таке спілкування, перші переживання підліткової закоханості можуть зруйнуватися. Досвід підліткової любові важливий для формування емоційного і чуттєвого компонента в парних стосунках. Якщо ж ці компоненти не сформовані, у людини залишається несвідомий тілесний компонент з орієнтацією тільки на сексуальні взаємовідносини.

Тому у такої людини виникають труднощі з нормальним емоційним відгуком на емоції її партнера, адже вся увага в цих стосунках зводиться до сексу.

Під час підліткового віку наша сексуальність формується поетапно: перший емоційний рівень (романтичні турботи), другий тілесний (виникає потреба дотиків, обіймань), і вже потім вона формується на третьому

моральному рівні, що забезпечує відповідальне відношення до свого статевого життя.

В процесі таких бесід треба уникати повчань, залякувань, моралізаторства і засудження. Треба пам'ятати завдання статевого виховання полягає в застереженні дитини від небажаних наслідків (підліткова вагітність, венеричні хвороби, раннє статеве життя). Основна мета - гармонійний розвиток, формування соціально позитивної, адаптованої, духовно багатой особи.

Ось перелік основних тем :

- статеве дозрівання: як міняється тіло;
- як впоратися з негативними емоціями;
- побачення: як запросити, підготуватися і вдало провести;
- що таке небезпечна сексуальна поведінка; - ризики ранньої сексуальної активності;
- особисті межі, безпека в мережі онлайн;
- сексуальне насильство та захист від нього;
- протікання вагітності та як проходять пологи;
- основи контрацепції.

Батькам також слід уникати надмірною негативізації і залякування, надмірно описуючи можливі хвороби і інші негативні наслідки. Кращі результати досягаються розвитком у підлітка розуміння цінності свого життя, здоров'я, формуванням свідомого відношення до свого статевого життя і відповідальності за свої рішення.

Головна допомога підлітку при вступі в сексуальне життя це надання важливої інформації, щодо наслідків, безпеки (контрацепції), ЗПСШ, моральної та фізичної готовності, правильному виборі партнера.

## **1.2 Психосексуальний розвиток**

Психосексуальний розвиток людини – це складний процес, який починається в ембріональний період зі статевого диференціювання мозку плоду та закінчується статевою зрілістю.

Перша стадія психосексуального розвитку називається «Оральна» вона триває від народження до року. Головними способами отримання насолоди є – смоктання та жування. На цій стадії формується впевненість – «мене люблять»

На другій стадії, яка триває від 1-3 років «Анальна», дитина вчиться контролю випорожнення, вона отримує від цього задоволення. У дитині з'являється здатність дарувати свою любов іншим. Незадоволення та покарання дитини, сприймає за невдалі кроки на шляху до самостійності, формує невпевнене «Я». З 2 років починається стимулювання своїх генеталій з метою задоволення.

Під час третьої стадії «Фалічна» від трьох до шести років, у дитини з'являється інтерес до статевих знань. Ідентифікація себе за статтю є головним завданням на цій стадії. Негативна реакція дорослих до прояву сексуальності дитини може формувати в неї нездорові статеві уявлення та розлади сексуальної сфери. Не дивлячись на те, що в очах дорослих ці дії виглядають неадекватно, дитина все одно прагне отримати задоволення.

Четверта стадія «Латентна», зазвичай триває від 6-7 років до 10-11 років. На цій потрібно надавати дитині інформацію щодо її статі, зміст може порівнювати дійсності та законам природи. Формується невпевненість у спілкуванні з протилежною статтю. У дев'ять років дитина нібито знову відкриває для себе задоволення. Задоволення пов'язане з сексуальністю та мало чим відрізняється від аналогічної у дорослих.

П'ята стадія, яка триває від 10-11 років і до 18-19 років «Генітальна», в ній з'являється усвідомлення себе, своїх потреб та інтересів як дорослої людини. У цей час відбувається розвиток чуттєвості, сексуальні інтереси спрямовані на протилежну стать. [2]

Починаючи з другої стадії дитина очинає стимулювати ерогенні зони з метою отримання задоволення, але це не завжди є варіантом норми.

Чинники, які можуть провокувати виникнення такої звички (мастурбації) у дітей:

Фізіологічний фактор. Варто звернути увагу на те, чи все в порядку у дитини з інтимними частинами тіла – чи немає почервонінь, попрілостей, висипань. Інколи мастурбація може бути викликана біль серйозними захворюваннями – сахарним діабетом, глистами, фімозом. Щоб виключити дану причину треба звернутися до педдіатра.

Незручна чи коли в складі переважає синтетика, спідня білизна може перемикає фокус дитини на статеві органи.

Інтерес до усього оточуючого, в тому числі до статевих органів присуще для дітей двох років. Вони знайомляться з усіма предметами, не виключенням є власне тіло.

Психологічна травма дитини. Наприклад, це может бути поява на світ маленького братика чи сестрички, розлука з батьками, страх перед агресією з боки дорослого, відсутність інтересу до дитини, емоційних проявів любові, почуття покинутості. Після подібного роду психологічних травм дитині просто необхідно зняти напруги, заспокоїти себе під час переживань, в такому випадку з'являється невротична мастурбація. Вона не є нормою і домогти дитині може кваліфікований дитячий психолог.

Отже, коли в дитини вже виробилась стійка звичка мастурбувати, тим паче грубо, імпульсивно, часто та виник нав'язливий характер; дитина пргане задовольняти чи заспокоювати себе таким чином не акцентуючи увагу на те, де вона знаходиться, чи є поруч з нею хтось та їй важко зупинитись при зауваженні, виникає агресія; майже кожного разу метою мастурбації є не задоволення чи інтерес до цього процесу, а зняття напруги; почуття зніяковіння чи сорому відсутне; дитина вихваляється, що мастурбує – це невротична мастурбація.

Лібідо – це сексуальна енергія, кількість якої пов'язана зі стадією статевого розвитку, роботою мозку і залоз, спадковістю та індивідуальним досвідом. Вперше про це стало відомо з теорії Фрейда, де він під лібідо мав на увазі тільки енергію сексуального потягу, яка має перш за все несвідому форму. Зараз термін розповсюджен і на інші форми поведінки (відношення до своїх батьків, самого себе чи дітей).

Наступна стадія закоханості чи платонічна як її називають. Вона приходить під час початку статевого дозрівання у 9-11 років. Виникає перша дитяча закоханість, підлітки пргануть привернути до себе увагу, більше часу проводити з об'єктом закоханості. Проявом появи цієї стадії свідчить бажання виділитися, безмежна увага до своєї зовнішності, одягу, прикрас, у дівчаток косметики, підліток намагається надати більшу увагу до свого об'єкта, який викликає симпатію.

За даними почуттями стоїть прагнення до душевного спілкування, емоційної близькості. Тут підлітки тільки вчаться показувати свою симпатію, намагатися спілкуватися наодинці, вести бесіду на різні теми. На цьому етапі для них це великий крок, тому вони не такі сміливі.

Рано ще говорити про сексуальний підтекст, бо у платонічному потягу ще не відображається сексуальна сторона. Але формується емоційно-чуттєвий компонент. Без якого не можливо будувати майбутні стосунки в дорослому віці.

У школі під час цього періоду може знижуватись успішність учнів. І причина не в тому, що любов «затуманила» розум, справа в фізіологічних змінах. Від початку статевого дозрівання активність мозкових структур підвищується, зокрема «старанно працює» гіпоталамус. Завдяки цьому відбувається зміна в рості підлітків, але активність кори, яка несе відповідальність за інтелект, тимчасово знижується.

Коли батьки забороняють чи стають поміж своєю дитиною та її об'єктом закоханості, підліток може протестувати (наприклад думати про втечу з дому, викликати думки про суїцид). Треба дати можливість підлітку

спробувати проявити свої почуття, не перешкоджати спілкуванню двох молодих людей.

Початок появи еротичного лібідо починається у віці перших полюцій у юнаків, приблизно 12-14 років та у початок перших менструацій у дівчат. Сексуальний розвиток переходить в еротичну стадію.

Тілесний компонент виходить на перший план любові. Виникають еротичні фантазії, бажання поцілунків, тісного контакту з тим, хто подобається.

Ознаки появи еротичного потягу::

- інтерес до порнографії
- ведення особистого щоденника;
- бажання писати вірші;
- розмови по телефону (вони стають дуже довгими);
- прохання погуляти довше, відпустити на вечірку, дискотеку;
- нічні полюції і ранкові ерекції у хлопчиків;
- мастурбація.

З'являється бажання статевої близькості. [3].

Починається етап вступу підлітків до сексуальних стосунків. Якщо для юнаків більшу частку переважає тілесний копонент, то для дівчат – емоційний.

Саме тут проявляється різниця в розвитку дівчат та хлопців. Чоловіки зазвичай, вступають в статеві відносини з тими, хто їм подобається, у підлітків по-іншому: потяг недиференційований, іноді вони починають статеве життя завсім не з тими в кого закохані. Дівчатка раніше починають дозрівати, та сам процес дозрівання є тривалішим. У хлопчиків ще присутні суто дитячі інтереси в тому віці, коли дивчинки вже починають закохуватися в протилежну стать. Однак, у процесі статевого дозрівання сексуальний потяг у хлопців з'явиться раніше, ніж у дівчат, які на той час ще перебувають на еротичній стадії сексуального розвитку. Тому досить часто дівчата

починають статеве життя під тиском з боку партнера, що може травмувати. Важливо донести до підлітків, що одна з ознак, що можна починати сексуальні відносини, це коли ти можеш на будь-якому етапі копулятивного циклу сказати своє «Ні» та зупинити процес.

## **Висновки до розділу 1**

1. Статеве виховання - це частина загального виховання людини. Проблема статевого виховання є одним з найбільш актуальних в загальному контексті основних напрямів виховно-освітньої роботи.
2. Специфіка процесу соціалізації дитини дозволяє вважати правомірною роботу по статовому вихованню вже в дошкільному віці, вимагає продовження і на інших етапах розвитку дитини. Воно забезпечує безпеку дитини, що необхідно для її здорового психосексуального розвитку.

**РОЗДІЛ 2**  
**СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДИ СЕКСУАЛЬНИХ**  
**ФУНКЦІЙ**

## **2.1 Зв'язок оргазму з анатомічними особливостями жіночого організму**

Щоб розглянути дану тему, необхідно розуміти наукове визначення найважливіших понять, які стосуються даного розділу.

За «Тлумачним словником психіатричних термінів поняття» (2012 р.) :

Оргазм – вища ступінь еротичної насолоди, що виникає в момент завершення статевого акту або інших форм статевої розрядки. [4].

Оргазм – пік сексуальної насолоди, яка супроводжується непровольними скороченнями м'язів тазового днища з діапазоном 0,8 секунди між кожним скороченням.

«Основи патопсихології» Комер Р. Д.:

Оргазм – пік сексуального задоволення, що складається з ритмічних м'язових скорочень в області таза, під час яких відбувається еякуляція чоловічого сім'я і скорочення зовнішньої третини жіночої вагіни. [5].

За «Словником гендерної рівності» :

Оргазм- це кульмінація сексуального збудження, що характеризується сильним почуттям насолоди, задоволення. Виникає в результаті різних форм сексуальної активності. Також оргазм може наступити від сильного перезбудження навіть без дотику до статевих органів. [6].

Оргазм - це фізіологічний стан, що виникає в під час сексуальної стимуляції, фаза циклу сексуальних реакцій людини, що характеризується відчуттям найбільшого сексуального піднесення, насолоди, а також рядом фізіологічних змін організму, що забезпечують це відчуття. В основі оргазму лежить безумовний рефлекс, який підкріплює сукупність сексуальних реакцій, формуючи цілісний поведінковий акт (сексуальну активність); в цьому (заохоченні до сексуальної активності і, як наслідок, збільшенні імовірності розмноження).

У своєму дослідженні я буду користуватися поняттям оргазму взятим із «Словника сексуальних термінів». На мою думку, це найбільш розкрите

поняття даного явища, та найбільш коректне. Доречним є уточнення: «навіть без дотику до статевих органів», це дійсно так. Оргазм може наступити уві сні, під час сильного стискання ніг, тощо.

Жіноча репродуктивна система складається з зовнішніх та внутрішніх статевих органів. Зовнішні статеві органи мають назву вульва. Її межами є дві шкіряні складки – великі статеві губи. Вони покриті волоссям, мають потові та сальні залози, нервові окінчення від їх роздраження наступає сексуальне збудження. Після якого великі статеві губи збільшуються, через наливання до них крові.

За ними знаходяться дві менші складки. Вони є тоншими та більш чутливими. Вони також мають здібність до ерекції, тобто збільшуватися в розмірі через сексуальне збудження.

З двох сторін вагінального отвору розташовані бартолинові залози. Вони маленькі за розміром, мають красновато-жовтий відтінок. Ці залози виділяють секрет, який зволожує вульву під статевого акту. Без цього зволоження секс стає больовим для жінок.

У верхній частині вульви, малі статеві губи виконують функцію «капюшона», захищаючи найчутливіший орган жінки, який має назву – клітор. Він складається з головки, тіла, двох ніжок. Та із зовні можливо спостерігати лише головку. Цей орган є джерелом відчуттів під час статевого акту. Але під час вагінального коїтусу пеніс чоловіка не стимулює головку, основний вплив приходиться на внутрішню частину цього органу.

Вхід у піхву (вагіну) лише частично, іноді повністю прикриває дівоча пліва (гімен). Вона розривається при першому статевого акту. В кожній жінки її анатомічна будова відрізняється. Також вона може бути пошкоджена під час травми в дитинстві, у інших вона не повністю прикриває вагінальний отвір.

Піхва має трубчасту форму, та складається з двох частин:

А) випукла нижня частина (розташовано вертикально);

Б) більш широка та об'ємна верхня частина (розташована майже горизонтально).

Вагіна має 2 основні функції: участь у статевому акті, та під час пологів є частиною пологового каналу.

Шийка матки є її нижня частина, яка поєднує порожнину матки та піхву. Під час пологів стінки розширюються та набуває круглого отвору, завдяки цьому стає можливим вихід плода з матки до вагіни. Матка має форму груші. Вона розташована в порожнині тазу. Під час вагітності, має здатність розширюватися (під впливом гормонів), до розміру плода. Її стінки складаються з декількох шарів м'язів.

Фаллопієві труби - це трубчасті утворення, які з'єднують порожнину матки з черевною порожниною. Їх слизова оболонка вистилає порожнину труби і утворює поздовжні складки, на всій її ділянці. Коли яйцеклітина виходить з яєчника, бахромки труби захватують її та переміщують до ампули, де вона може бути запліднена сперматозоїдом.

Яєчники – орган, де відбувається розвиток яйцеклітини. А також вони утворюють жіночі статеві гормони: естрогени та прогестерон. Яєчники прикріплені до задньої частини очеревини, мають овальну форму.

Отже, жіноча статева система складається з внутрішніх та зовнішніх статевих органів. До перших належать:

- Яєчники;
- Фаллопієві труби;
- Матка;
- Вагіна.

А до зовнішніх (вульва) статевих органів відносять:

- Великі статеві губи;
- Малі статеві губи;
- Клітор (найчутливіший орган в жіночому організмі);
- Дівоча пліва.

Для дослідження важливо пам'ятати про Бартолинові залози, які під час статевого акту виділяють секрет, зволожуючий стінки піхви, завдяки чому секс, в нормі, стає безболісним.

Статеві органи жіночого організму лише фізіологічна частина, необхідна для досягнення оргазму.

Статеві органи жіночого організму лише фізіологічна частина, необхідна для досягнення оргазму. Але також важливо розглянути в цьому розділі і психологічний аспект.

До даної інформації про анатомічну будову жіночої статевої системи потрібно додати, що З. Фрейд представив концепцію про два види оргазму:

1. Кліторальний;
2. Вагінальний.

Це поклато початок суперечок, щодо важливості різних органів жіночої статевої системи для оргазму в статевому акті. У своїй книзі «Три нариси з теорії сексуальності» 1905 р., Фрейд стверджує, що перехід жіночої «ерогенної» зони від клітора до піхви є прояв повної сексуальної зрілості.

Багато психоаналітиків дотримувалися теорії Фрейда, та надали дослідження, щодо відмінностей між цими типами оргазму. Саме для підкріплення цих аргументів використовували анатомічні та фізіологічні дослідження (Levin 1992). [7]

Праці Кінсі, Мастера, Джонсона руйнують міф, щодо вагінального оргазму та показують, що піхва не є джерелом еротичного збудження. Саме ці праці вчених вплинули на фіміністок в їх вірі у здатність інформації про кліторальний оргазм, змінити уяву, щодо жіночої сексуальності.

На даний момент в літературі переважає думка, що стимуляція клітора – є основне сенсорне джерело для запуску оргазму. Приблизно 80% жінок вказують, що їм необхідна додаткова стимуляція клітора, під час статевого акту. Лише 12% вважають вагінальну стимуляцію більш важливою за кліторальну. Суперечки про наявність двох типів оргазму продовжуються по сьогоднішній день, та зосереджені на різниці між кліторним та вагінальним

оргазмом. Існують різні точки зору на змінні, які впливають на силу та потужність «сексуального піку». Передбачається, що кліторальний оргазм є більш локалізованим, гострим по відчуттям, та фізично задовольняючим, в той час, як вагінальний – це досвід «всього тіла», більш глибокий, тривалий та психологічно задовольняючий.

Оргазм може виникнути у паралізованій людини – випадково, без стимуляції геніталій.

Якщо подивитися на зображення клітора, то можна побачити, що це не лише горошинка зовні, а й тіло з (довгими) ніжками всередині. Їх неможливо «вимкнути», вони задіяні навіть під час анального сексу. Тому можна прийти до висновка, що немає лише вагінального, кліторального чи анального оргазму.

Способи досягнення оргазму можуть бути різними. Коїтальні оргазми:

- Коїтальний – оргазм під час коїтусу, без додаткової стимуляції ерогенних зон (клітора у тому числі) Цей вид називають «вагінальний оргазм».
- Паракоїтальний – оргазм під час коїтусу з додатковою стимуляцією ерогенних зон (клітора, анусу, сосків, тощо).

Позакоїтальні оргазми:

- Мастурбаційний ;
- Міотонічний (стискаючи м'язи тазу);
- Петтинговий;
- Випадковий (від сильної перенапруги або від сильного збудження).

До фізіологічних чинників, які можуть впливати на досягнення оргазму серед жінок відносять:

1. Гормональні порушення.
2. Гінекологічні захворювання.
3. Менопауза.
4. Тяжкі захворювання організму.

5. Захворювання сечостатевої системи, тому числі інфекційні.
6. Під час прийому деяких медикаментів сексуальне бажання може зникати, до них відносять: антидепресанти, оральні контрацептиви, гормональні препарати.
7. Болі під час статевого акту. Вони можуть виникати з будь-яких причин: захворювання статевої системи, окремі пози від яких жінка може відчувати біль, запалення статевих шляхів.
8. Вагітність.
9. Зниження чутливості, в тому числі й після вагітності.
10. Діабет.
11. Алкоголізм.
12. Психічні захворювання.
13. Зловживання наркотиками, транквілізаторами, протигіпертонічні препарати.

Психологічні чинники також мають вплив на досягнення оргазму, та можуть негативно впливати на сексуальне бажання жінок. Звісно, у кожної жінки страждаючої даною проблемою вони можуть бути різними, тому розглянемо фундаментальні чинники:

1. Критичні думки, та проблеми зі сприйняттям власного тіла. Деякі жінки мають нав'язливі думки про своє тіло, які не дають змоги розслабитися та збудитися, таким чином понижуючи сексуальне бажання.
2. Сприйняття сексу як чогось брудного чи аморального. Спотворена уява про секс жінка може набути в процесі соціалізації в дитинстві. Деякі релігії представляють секс як вираження гріховної природи людини. В таких випадках, жінки здатні сприймати статевий акт, як щось заборонене, соромне, брудне.
3. Страх, що можуть «відштовхнути», бути відкиданою. Для деяких жінок сексуальні відношення можуть асоціюватися з емоційним болем, який вони отримали на початку сексуального

досвіду. Для тих, хто був піддавався жорсткому поводженню, чи був відкинутим, контраст між бажанням бути коханою та сексуальними відношеннями викликає глибокі та болючі емоціональні реакції.

Такі жінки «віддалені» від самої себе емоційно та фізично, що в подальшому призводить до того, що вони також відділяються від сексуальної взаємодії.

4. Страх бути вразливою. Стан кохання може погрожувати психологічній рівновазі. Та щоб захистити себе від емоціонального болю та залежності від свого партнера, коханого чоловіка, психіка використовує захисні механізми, бо поєднання кохання та сексу призводить до вразливості, що провокує тривогу. Найчастіше така поведінка викликана емоційною травмою в минулому. Сексуальне бажання таких жінок пригнічується.

5. Насильство в минулому. Бути в сексуальних відносинах з партнером, викликає небажані спогади у жінок, які були піддана сексуальному насиллю чи розтлінню. В таких випадках сексуальність несвідомо може асоціюватися з кривдником, провокувати відчуття провини.

6. Страх втрати контролю. Жінкам властиво сприймати контроль в якості самостійного механізму захисту та боятися його втратити під час статевого акту. Загальний страх втратити контроль над собою та ситуацією негативно впливає й на сексуальне бажання.

7. Стан депресії.

8. Страх завагітніти, сюди ж можна віднести страх заразитися статевими хворобами. Якщо під час копулятивного циклу жінка зосереджена не на процесі та своїх відчуттях, стадія збудження не настає.

9. Відсутність сексуального потягу до чоловіків.

10. Невротичні розлади.

11. Сексуальні розлади у партнера.

12. Страх болю. Якщо в минулому, під час статевого акту жінка через якісь причини відчувала біль, у неї може з'явитися установка секс дорівнює больові відчуття.

Фізіологічні ознаки оргазму.

Режим роботи серця під час оргазму порівнюється з екстремальним фізичним навантаженням. Під час оргазму: дихання частішає, частота серцевих скорочень збільшується до 180 ударів на хвилину і більше; значно підвищується артеріальний тиск; почервоніння шкіри грудей та обличчя, скорочення м'язів геніталій, інколи ніг. [8]

Процеси в мозку: дослідження лабораторії Баррі Комісарука з Ратгерського університету доводять, що при оргазмі й чоловіки, й жінки мають подібну нейронну активність головного мозку. Відключається область мозку, розташована навпроти лівого ока: бічна орбітофронтальна кора, відповідальна за контроль над поведінкою. Також відзначається активність прилеглого ядра — відділу мозку, що відповідає за задоволення. Гормони: під час оргазму виділяються дофамін, окситоцин, вазопресин та ендорфіни. Завдяки останнім відчуття оргазму є приємними, а будь-який біль в організмі притуплюється на цей не довгий час.

Рефрактерний період: отримати один оргазм одразу після наступного неможливо. Час, необхідний на відновлення здатності геніталій реагувати на стимуляцію, називається періодом рефракції. У чоловіків він значно довший за жіночий.

Після оргазму (за даними МРТдослідження) мозок жінок залишається активованим. Пеніс має тільки один шлях для передачі сенсорного відчуття до мозку. Жіночі геніталії мають три або чотири шляхи передачі сенсорних відчуттів у мозок. Відчуття з вагіни передаються до головного мозку за допомогою блукаючих нервів,

сигнали від клітора — через висхідні шляхи спинного мозку. Під час подальших досліджень доктора Космірчука доведено, що відчуття з різних ділянок жіночих геніталій: клітора, вагіни і шийки матки, а також від сосків, — надходять в одну область головного мозку, хоч і в різні ділянки.

Багато жінок при настанні оргазму відчувають раптове заціпеніння, а потім — почуття сильного поштовху в області клітора або в глибині вагіни і відчуття випромінювання тепла, що поширюється по всьому тілу. Виникає відчуття, ніби щось видавлюється з організму. Почуття розливання тепла змінюється мимовільними ритмічними скороченнями в області вагіни, малого тазу, клітора, зовнішніх геніталій [9].

Ці відчуття супроводжуються почуттями надзвичайного задоволення.

У частини жінок оргазм є короткочасним, лише трохи тривалішим, ніж у чоловіків. Можливий і затяжний оргазм, який безперервно триває 30-60 секунд і довше. Оргазм може мати хвилеподібний характер, то посилюючись, то слабнучи.

## **2.2 Цикл сексуальних реакцій**

У копулятивному циклі жінок є певні стадії, які слідкують одна за одною. Після завершення попередньої стадії, жінка переходить до наступної. Перехід без завершення попередньої стадії несе за собою наслідки порушення оргазму.

Нейрогуморальна складова є фундаментом для копулятивного циклу. Рівень лібідо, фізичний стан жінки за це і відповідає данна стадія.

Психічна стадія, її діапазон розтягується від усвідомлення про бажання статевого контакту до рішення про його здійснення. Тут відіграє роль, які стосунки з чоловіком, стрес, який міг бути за останні дні або години.

Ерекційна складова має значення в тому, на скільки жінка досягла збудження, чи виділився секрет для зволоження статевих органів. Ця складова є більш фізичного характеру.

Копулятивна або фрикційна складова для її проходження має значення як саме проходить сама фрикція, чи задовільнює вона жінку, чи достатня стимуляція статевих органів [11].

Еякуляторна складова – оргазм. Жінка здорова, вона готова та погоджується на секс за власним бажанням, фрикція проходить задовільняючи її потреби, тим самим виходячи на максимальне напруження всього тіла та моментального його розслаблення – настає оргазм.

Резидуальна стадія характеризується поступовим завмиранням збудження, та зворотнім розвитком генітальних змін. Ця складова протікає більш довго, ніж у чоловіків, що дозволяє жінці повторно отримати оргазм. Чоловіку ж потрібний певний час для відновлення, щоб повторно отримати оргазм [10].



- |  |   |
|--|---|
| I — стан нейрогуморальної готовності;  | а — виникнення усвідомлення статевої близькості та прийняття рішення; |
| II — психічна стадія;                  | б — інтенсифікація інтимних пестощів;                                 |
| III — сенсорна стадія;                 | в — настання любрикації;  |
| IV — секреторна (любрикаційна) стадія; | г — інтроїтус;  |
| V — стадія оргазму;                    | г — оргазм  |
| VI — резидуальна стадія;               |   |

Рис. 3.2. Типова крива копулятивного циклу жінки

Сексуальні реакції жінок мають декілька фаз.

1. Збудження. На цій стадії клітор подовжується в 2-3 рази. Великі губи розтягуються, малі набухають та видвігаються вперед. Матка підіймається угору та збільшується в розмірах. З грудьми відбувається схожа реакція, вони збільшуються, набухають, вени стають більш помітними. Кров'яний тиск так само підвищується. Ця фаза може тривати від кількох хвилин до кількох годин.

2. Фаза плато передуює оргазму. Збільшується частота кровообігу, серцевих скорочень, підвищується сексуальне задоволення та подальше зростання м'язової напруги. Надмірне тривання данної фази без прогресування в стадію оргазму може привести до фрустрації.

3. Оргазм. Він може різнитися в залежності від індивідуальних особливостей кожної жінки. Характеризується максимальним напруженням всіх м'язів, посиленням виділення піхвової змазки.

4. Фаза розслаблення. Жінки наділені здатністю оргазмувати повторно через додаткову, достатню стимуляцію. На цій фазі всі ознаки м'язового напруження зникають напротязі 5 хвилин, а також почервоніння шкіри, можливе потовиділення, дихання та кров'яний тиск повертаються до норми. [17].

### **2.3 Види сексуальних дисфункцій**

Сексуальні дисфункції є збірним поняттям, яке включає всі порушення сексуальної збудливості, сексуального збудження, сексуальної мотивації та оргастичної здатності. Сексуальні дисфункції можуть виникати в будь-якій фазі сексуального контакту – лібідо, статевому акту чи оргазму.

У жінок частіше порушується статевий потяг і здатність переживати оргазм. Інакше кажучи, чоловік і жінка певною мірою взаємно доповнюють функціональний комплекс сексуальних контактів один одного, забезпечуючи стабільність у кожній фазі хоча б в одного з партнерів, зменшуючи ймовірність статевого розладу.

Вплив стабільного лібідо чоловіка активує статеве збудження жінки, її мотивацію до злягання і сприяє посиленій секреції в піхві, розвільненню м'язів навколо неї, полегшуючи подальше введення статевого члена (імісію).

Таким чином, позитивні реакції жінки та її готовність до статевого акту полегшують виникнення ерекції та імісію, зменшуючи ймовірність розладу цієї фази статевих зносин. Успішний перебіг статевого акту, кульмінацією якого є еякуляція і оргазм у чоловіка (із зовнішніми проявами насолоди), посилює збудження жінки, сприяючи досягненню нею оргазму. [49].

Досить часто причиною сексуальних дисфункцій є неврози і невротичні реакції. Більше за те, сексуальні дисфункції бувають не лише наслідком, а й причиною невротичних реакцій і неврозів, що має назву – сексуальні неврози, які виникають внаслідок викривленого розвитку особистості в дитинстві, після триваючих травмуючих факторів (зазвичай без виявлення його клієнтом) , найчастіше проявляється з перших спроб статевого життя, після чого протікає хронічно. [16].

До сексуальних дисфункцій у жінок відносять:

1. Алібідемія;
2. Німфоманія;
3. Диспареунія;
4. Вагінізм;
5. Аноргазмія.

Сексуальна дисфункція є частою проблемою багатьох жінок. Проблеми можуть виникати під час будь-якої фази циклу сексуального контакту та заважають жінці відчувати сексуальне задоволення. Багато з них не хочуть чи соромляться обговорювати свої сексуальні проблеми.

Алібідемія – повна відсутність лібідо. Переважно зустрічається у жінок. Найчастіше – це результат глибоких вроджених, або набутих нейроендокринних розладів, вроджена патологія гіпоталамо-гіпофіарно-гоадної системи призводить до недорозвинення всієї статевої сфери, інфантилізму та його клінічному прояву – зниженню лібідо.

Набута алібідемія – до вторинного зниження лібідо аж до його повного зникнення, зустрічається значно рідше, вродженої. Оскільки сформовані сексуальні рефлекси та психогенні механізми здатні протягом більш менш тривалого асу підтримуватилібідо на певому рівні. Аналогічні механізми спостерігаються при інтоксикаціях: наркотиками, нейролептиками, транквілізаторами, при постійних ураженнях гіпоталамуса.

Причиною алібідемії є також вікове вгасання сексуальності при фізіологічному клімаксі. [23].

Зазвичай алібідемія пов'язана з порушеннями статевого життя. Жінка відчуває незадоволеність у сексі, апатична, уникає статевих контактів. Постійно або періодами скаржиться на незрозумілу втому, головний біль. Можуть спостерігатися неприємні відчуття, що тягнуть в низу живота. Іноді людина може мати багато статевих зв'язків із партнером (партнерами) і навіть отримувати від них задоволення, але ніколи не буде ініціатором статевого акту. Зловживання алкоголем, наркоманія також значно знижують рівень статевого потягу до партнера. За повної втрати потягу розвивається так звана асексуальність. [24].

Асексуальність - самовизначення людини, яка не відчуває жодного статевого потягу до партнера, партнерів. При цьому асексуальність відрізняється від антисексуальності – негативне ставлення до сексу взагалі.

Німфоманія – це психічний розлад, з демонстрацією характерно компульсивної поведінки. Компульсивність обумовлює небажані дії та ритуали: жінка постійно займається сексом не отримуючи від цього задоволення або жінка не може контролювати свою поведінку.

Жінка хвора на німфоманію, окрім компульсивної сексуальної поведінки також має проблеми з мисленням, небажаним повторенням нав'язливих думок та відчуття сорому, провини.

До причин німфоманії відносять: гіпертиреоз (щитовидна залоза надмірно активно працює), кісти яєчників, агоністи дофаміну, ОКР, рівень статевих гормонів, пошкодження певної частини мозку, захворювання скроневої частки мозку та епілепсія, маніакально-депресивний розлад, пережиті психотравмючі ситуації, пережите зґвалтування (переважно в дорослому віці).

До симптомів належать: труднощі з концентрацією, почуття провини, почуття сорому, нав'язливі думки, сексуальний потяг ,який може бути інтенсивним та невідконтрольним людині. Людина з даним розладом може ризикувати в плані сексуальної поведінки, для неї не може бути меж та наслідків, жінка хоче зайнятись сексом навіть при ризику втратити сім'ю,

роботу, ЗПСШ за для того, щоб втекти від своєї тривоги, стресу, самотності, депресії.

Важливо зауважити, що хворій на німфоманію не властиво побудувати та знайти емоційний зв'язок у стосунках чи шлюбі.

Диспареунія – больов відчуття в статевих органах, які виникають саме під час копулятивного цикла.

Патологія частіше виникає на психологічній основі. Зустрічається як окрема дисфункція, рідше супроводжується іншими сексуальними розладами: порушення збудження, аноргазмією, гіполібідомією.

Головний симптом психогенної диспареунії – біль (ниюча, колюча, розпираюча, пекуча). Зазвичай у нижній частині живота, може проявлятися у вигляді свербіжа в області піхви, почуття здавлення. Больові відчуття виникають під час збудження, в різні періоди статевого контакту, а також після його завершення. Дискомфорт заважає жінці розслабитися, в неї з'являються відчуття страху, головна біль, депресія. Через страх щодо повторення даних відчуттів, жінка починає уникати близькості.

Розрізняють поверхневу болісність, яка зачіпає зону геніталій, та глибоку, яка характеризується в тазовій області. [24].

Її причинами вважають:

- Не вирішені конфлікти;
- Страх завагітнити;
- Уникання партнера, який викликає огиду;
- Депресивні стани, відчуття провини;
- Поганий досвід сексуального зв'язку в минулому (розбещення, згвалтування).
- Іноді, коли жінка не встигла відновитися після пологів, та одразу під натиском чоловіка вступає в інтимну близькість.

По локалізації рзрізняють: поверхневу, глибоку форму.

По характеру диспареунія може бути епізодична чи постійна.

В залежності від причин, може бути:

Психогенна (викликана емоційним хвилюванням, психотравмами, чи проблемами в теперішньому).

Органічна (на фоні аномалій статевих органів, їх дефектах чи при захворюваннях)

Психосоматична (психогенні фактори на фоні первинно розвинутої симптоматичної форми). [14].

Аноргазмія – це відсутність чуттєвого «піку» (оргазму) при сексуальній стимуляції. Як правило, вона відзначається у незбудливих фригідних жінок. Як самостійний статевий розлад діагностується тоді, коли партнерка збуджується при сексуальній стимуляції, але оргазм настає рідко або взагалі не настає. [15].

1. Аноргазмією вважається не тільки повна відсутність оргазму, але його значне зменшення чи об'єктивне зменшення відчуттів;

2. При цьому жінка хоче статевого акту, вона націлена на отримання оргазму та робить все для того, щоб він настав (стимулює ерогенні зони), але він все ж таки не настає;

3. Все вище перераховане в пункті 1, 2 повинно продовжуватися не менш 2 місяців постійно чи епізодично. Жінка під час цього повинна відчувати дистресс (ми не можемо говорити про наявність аноргазмії якщо її все влаштовує). [19].

За виникненням аноргазмія буває двох видів:

- Первинна – спостерігається з самого початку статевого життя, жінка ніколи не відчувала оргазм;
- Вторинна – виникає, внаслідок чинників, чи окремих порушень, здатність відчувати оргазм порушена.

За своєю силою її поділяють на:

Абсолютна: оргазм не виникає за жодних умов, незалежно від характеру сексуальних дій;

Часткова: під час стимулювання партнером еrogenних зон та статевим актом оргазм не настає, а може виникати лише при еротичних снах чи мастурбації;

Відносна чи ситуаційна: виникнення оргазму можливо лише за деяких умов: певні пози, реалізація сексуальних фантазій, певний партнер, стимуляція конкретних еrogenних зон.

За ступенем розрізняють такі види аноргазмії:

1 ступінь – відсутність оргазму з приємними відчуттями під час статевого акту;

2 ступінь – байдужість до статевого акту, відсутність збудження та задоволення;

3 ступінь – статевий акт не приємний, викликає огиду.

Також види аноргазмії поділяють за таким принципом:

- Хибна аноргазмія – жінка, яка може відчувати оргазм, через відчуття незадовільності не досягає оргазму.
- Псевдоаноргазмія – оргазм настає лише, завдяки високого сексуального збудження, під час перших фрикцій, але не досягає яскравої виразності.
- Мнима аноргазмія – жінка не використовує додаткової стимуляції клітора та еrogenних зон під час статевого акту, не урахувавши можливість досягнути оргазму лише за таких умов. [12].

Пізніше поняття аноргазмії пояснювали загальними законами еволюційної біології, гормональними змінами. Це все приводило до єдиного висновку – якщо ти не відчуваєш оргазм, це твоя судьба. Не могло йти мови, про те, щоб лікувати жінок, які не відчувають «Піку» від статевого акту. [14].

Вагінізм стан, за якого мимовільний спазм м'язів перешкоджає проникненню будь-яких предметів у вагіну, що нерідко призводить до болю при проникаючому сексі. Часто виникає при першій спробі статевому акту.

Слід розрізняти вагінізм з не бажанням статевому контакту, механічного звуження м'язів у вигляді реакції набольовий подразник, анатомічні аномалії піхви та захворювань статевому органу.

Основна причина є психологічний фактор страху, що проникнення зашкодить. Фактори ризику включають в себе сексуальний напад, ендометріоз, вагініт. Лікування може включати поведінкову терапію, таку як терапія поступової експозиції та терапія поступового розширення вагіни. Оцінки поширення цього явища відрізняються. Підраховано, що 0,5 % жінок страждають на вагінізм. За статистичними оцінками 15% жінок дітородного віку страждає від диспареунії і 45% жінок в постменопаузі. [22].

Причини вагінізму – суто емоційного характеру, тобто мають психогенну природу. Інтрапсихічні, а також інтерперсональні мотиви патологічного ставлення до сексу – результат особистісних, релігійних упереджень, відсутності симпатії до партнера, пережитої сексуальної агресії, насильства тощо. Часто діагноз супроводжує інші соматичні розлади:

- травматичну церебрастенію;
- тиреотоксикоз;
- психастенію;
- депресію тощо.

Психологічні фактори сексуальних дисфункцій у жінок:

- Низька самооцінка, негативний образ тіла, низька сексуальна впевненість, тривога, страх бути непривабливою.
- Самомоніторинг і моніторинг партнера.
- Неточні та нереалістичні сексуальні знання, вибіркова увага, негативні інтерпретації, хибні очікування, нереалістичні припущення і стандарти.
- Тенденція до швидкого відволікання уваги.

- Неадекватні стратегії для менеджменту життєвого стресу.
- Неадекватні знання і навички для фізичної і емоційної релаксації.
- Погане усвідомлення свого тіла.
- Сексуальна недосвідченість.
- Досвід фізичного та сексуального кривдження (хронічні ПТСР симптоми).
- Емоційний дискомфорт з «егоїстичним» фізичним задоволенням і інші когнітивно-емоційні конфлікти
- Недостатні навички самозадоволення і негативні переконання щодо цього.

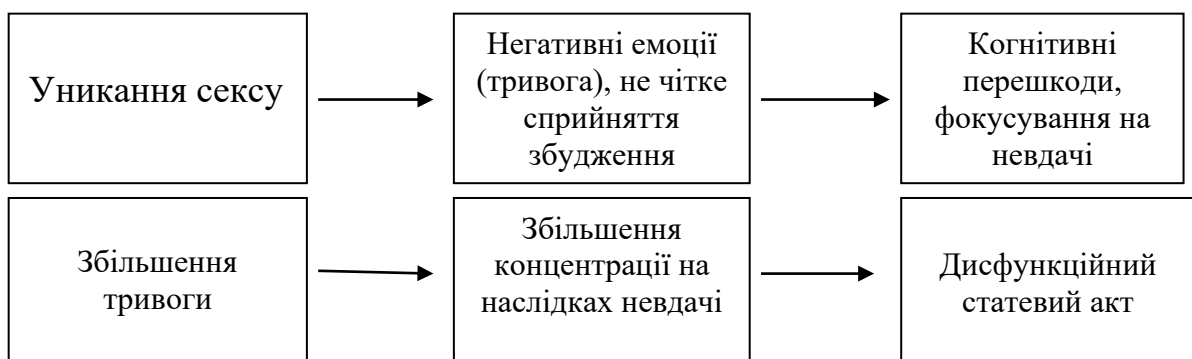
Міжособистісні фактори: конфлікти, відчуження, недовіра, слабкі комунікативні навички, попередній досвід стосунків, фізичне та психологічне насильство. [26].

Когнітивна модель сексуальних дисфункцій за Барлоу.

При бажанні сексу:



При униканні секса за наявності сексуальних дисфункцій:



По цій схемі видно, що сексуальна дисфункція викликає негативні думки про секс, що саме тягне за собою негативні емоції, які виникають за умови лише однієї думки, щодо статевого контакту. В слід за цим жінка починає уникати сексуальних відосин, а якщо погоджується на них, то з'являється негативний досвід у статевих стосунках. [28].

За моделлю Барлоу, розладів сексуальних функцій, вони підтримуються циклом негативного відгуку. Жінки у яких є сексуальні дисфункції, та ті в кого їх немає підходять по різному відносяться до сексуального контакту. У відповідь на позитивні зовнішні та внутрішні подразники, жінки без сексуальних розладів відчують задоволення, позитивні емоції, очікування на успіх. На відміну від них у осіб з сексуальною дисфункцією зовнішні та внутрішні подразники до сексуального контакту можуть викликати стан тривожності, напруження, що буде заважати збудженню, вслід очікування на невдачу.

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

#### **2.4. Діагностика сексуальних розладів та дисфункцій**

Терапія сприяє усвідомленню, що жінка гідна мати задоволення – незалежно від її зовнішності, історії сексуального насильства, чи не оргазмічності.

На первинному прийомі терапевт допомагає людині або парі прояснити їх проблеми і почуття, які вони викликають, і визначити цілі терапії.

Зазвичай терапевт задає питання про те, коли почалися проблеми, як вони змінювалися з плином часу, що, на думку клієнта, є їх причиною і як він або вона намагалися їх вирішити.

Ймовірно, терапевт буде збирати якусь інформацію про історію хвороби і поточний стан здоров'я клієнта, і потім при необхідності направить на додаткове медичне обстеження.

На наступних кількох сеансах терапевт може збирати більш детальну інформацію про сексуальне життя людини, його особистісні особливості і про його стосунки. [28].

Протягом цих сеансів терапевт намагатиметься виявити основні психологічні проблеми, які перешкоджають лікуванню. Він також з'ясуватиме, чи сприяє спосіб життя людини розвитку позитивних емоцій і гарних сексуальних відносин, а також виявляти, чи є у клієнта проблеми з вживанням наркотичних речовин і піддається він домашньому насильству.

Коли терапевт і клієнт - або пара – будуть здатні повністю усвідомити природу проблеми і визначити цілі терапії, терапевт протягом декількох сеансів допомагає клієнту (ам) зрозуміти і подолати перешкоди, що стоять на шляху до поставлених цілей.

У більшості випадків терапевтичний процес являє собою одночасове заняття раз на тиждень. Часто терапевт дає клієнтам завдання для домашньої роботи, такі як мастурбація або чуттєве фокусування. Успіх і труднощі, що виникають при виконанні цих завдань, обговорюються на наступних зустрічах.

Терапія закінчується, коли клієнт досягає своїх цілей. Терапевт і клієнт можуть запланувати один або кілька наступних сеансів.

Особливості роботи терапевта з розладами оргазму у жінок: Робота над образом тіла і вправи направлені на дослідження самозадоволення, згідно досліджень, виявились найефективнішими для жінок з розладом оргазму [26].

Цей протокол включає психоедукацію про способи досягнення оргазму, дослідження свого тіла і вправи направлені на задоволення (жінка ідентифікує те, що є чуттєвим, приємним і еротичним для неї), дослідження своїх геніталій за допомогою дзеркала в покроковій експозиції, поки рівень тривоги не впаде, когнітивну реструктуризацію наданих значень мастурбації, використання сексуальних фантазій.

Важливо, щоб терапевт допоміг зрозуміти, що більшість жінок не переживають оргазм кожної сексуальної активності. Отримувати задоволення від сексу можна і без оргазму, і важлива властивість сексу – це відчуття задоволення, добровільне бажання близькості та зв'язку.

Терапевт навчає партнера, що з його кооперацією і підтримкою жінка зможе сфокусуватись на отриманні задоволення. [18].

Сексологічне обстеження жінок починається з того, що клієнтці надається невеличка анкета, в якій запитання, що допомагають спеціалісту зрозуміти більш повну картину, щодо її здоров'я, та проблеми з якою вона звернулася.

Крім поставлених питань спеціаліст повинен виміряти статеву конституцію та сексуальний темперамент жінки, це потрібно для того, щоб дізнатися рівень сексуальної потреби, ступінь сексуального бажання на протязі всього життя клієнтки.

Можна знижувати лібідо за рахунок недосипів, стресів, постійних конфліктів із самим собою або оточуючими, зайвої ваги, вживання оральних контрацептивів, але ось сексуальний темперамент залишається колишнім. [27].

Власникові сильного СТ секс потрібен якомога частіше. Людина зі слабкою Конституцією, може бути достатньо, і раз на місяць. У людей із середнім значенням сексуальні потреби широко варіюються між цими двома категоріями.

Зазвичай у партнерів різні темпераменти, і для гармонійних відносин бажано враховувати цей фактор. Перші пів року відносин не рахуються, тому

що стан ейфорії й гормону пристрасті (дофаміну) підвищено, і партнери по максимуму використовують «свої резерви». [31].

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

Розлад оргазму у жінок.

Діагностичні критерії:

A. Один з симптомів проявляється у більшості сексуальних актів

1. Оргазм настає з затримкою, чи повністю відсутній;

2. Відчуття оргазму знижено.

B. Дані симптоми A зберігаються протязі 6 місяців;

C. Відчуття дискомфорту через відчуття A.

D. Дана сексуальна дисфункція не пов'язана з впливом речовин чи ліків, вона проявляється через можливий дистрес в стосунках, та не може бути пояснена краще, ніж несексуальними психічними розладами. [29].

Характер розладу може бути за двох варіантів: набутий (з'явився після періоду відносно нормальної сексуальної функції) чи пожиттєвий (розлад був з початку ведення сексуальних тосунків).

Також він може бути генералізованим (коли не проходить за певними видами стимуляції, партнерами чи ситуаціями) або ж ситуаційний ( виникає лише за певних обставин, стимуляцій, ситуацій, з певною людиною). [32].

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

Під час оцінки та діагностики слід враховувати такі фактори:

- фактор відносинпроблеми з комунікацією, різні погляди та інтереси, бо коли жінка може отримувати оргазм за допомогою мастурбації, та не отримує його з певним партнером діагноз не ставиться);
- фактори індивідуальних особливостей (немає образу тіла, було пережите один з видів насильств), психіатричні захворювання (тривожні розлади чи депресія) чи стрес фактори (аборт, втрата роботи чи розрив стосунків);
- фактор сексуального партнера (його сексуальні проблеми, його стан здоров'я);
- культурально-традиційні та релігійні чинники (заборона на сексуальну активність та сексуальність не є добре). [31].

#### Поширеність:

«Зафіксовані показники поширеності варіюються від 13% до 44%, в залежності від безлічі факторів (вік, релігійний та традиційний контекст, тривалість і тяжкість симптомів). Близько 15% жінок ніколи не відчували оргазму протягом усього життя. За даними Ломана з колегами 36% жінок відчують значні труднощі в досягненні оргазму» [36] .

#### Диференційний діагноз:

Депресія чи тривожний розлад як первинний діагноз, вживання певних медичних препаратів, інші медичні захворювання (травма спинного чи головного мозку).

#### Коморбідність:

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

Розлад сексуального збудження у жінок.

#### Діагностичні критерії:

A. Сексуальне збудження значно знижене чи може бути повністю відсутнє, що виявляється трьома з наведених нижче симптомів:

1. Сексуальна активність відсутня чи знижена;
2. Еротичні думки чи фантазії значно знижені чи взагалі відсутні;
3. Сексуальна активність знижена чи взагалі відсутня, спроби партнера ініціювати секс відштовхуються чи пригнічуються;
4. Сексуальне збудження в більшості ніж половині статевих контактів може бути відсутнє чи знижено(за певних ситуаційних контекстів чи у всіх););
5. Значно зменшений чи взагалі відсутній сексуальний інтерес чи збудженн у відповідь на будь-які внутрішні або зовнішні еротичні сигнали (письмові, вербальні, візуальні);
6. Генітальні відчуття значно зменшені чи взагалі відсутні у більш ніж половині сексуальних відносинах. [30].

B. Симптоматика критерію А має зберігатися від 6 місяців.

C. Симптоматика критерію А підвищує дискомфорт.

D. Дана сексуальна дисфункція не пов'язана з впливом речовин чи ліків, вона проявляється через можливий дистрес в стосунках, та не може бути пояснена краще, ніж несексуальними психічними розладами [37].

Характер розладу може бути за двох варіантів: набутий (з'явився після періоду відносно нормальної сексуальної функції) чи пожиттєвий (розлад був з початку ведення сексуальних тосунків).

Також він може бути генералізованим (коли не проходить за певними видами стимуляції, партнерами чи ситуаціями) або ж ситуаційний ( виникає лише за певних обставин, стимуляцій, ситуацій, з певною людиною). [33].

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

Під час оцінки та діагностики слід враховувати такі фактори:

- фактор відносинпроблеми з комунікацією, різні погляди та інтереси, бо коли жінка може отримувати оргазм за допомогою мастурбації, та не отримує його з певним партнером діагноз не ставиться);
- фактори індивідуальних особливостей (немає образу тіла, було пережите один з видів насильств), психіатричні захворювання (тривожні розлади чи депресія) чи стрес фактори (аборт, втрата роботи чи розрив стосунків);
- фактор сексуального партнера (його сексуальні проблеми, його стан здоров'я);
- культурально-традиційні та релігійні чинники (заборона на сексуальну активність та сексуальність не є добре). [31].

Поширеність:

«Чіткої статистики поширеності даного розладу DSM V не подає, проте, Національне дослідження з питань здоров'я та соціального життя (NHSL), надало емпірично підтверджену інформацію, згідно якої 43,4% жінок мали проблеми зі зниженим сексуальним бажанням» [31].

Диференційний діагноз:

Тривожний розлад, певних медикаментів, та захворювання (цукровий діабет, дисфункція щитовидної залози, хвороби ЦНС), неадекватна або відсутня сексуальна стимуляція. [35].

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

Розлад генітально-тазового болю/проникнення

Діагностичні критерії:

- А. Виникають або на постійній основі труднощі з такими симптомами:

1. Вагінальне проникнення під час копулятивного акту.
  2. Виражена тазова біль під час вагінального статевого акту або спробі вагінального проникнення.
  3. Наявний страх або занепокоєння щодо вульвовагінального болю або тазового болю, в очікуванні, під час чи внаслідок проникнення.
  4. Виражене сильне напруження чи відчуття зтіснення м'язів малого тазу під час спроби вагінального проникнення.
- V. Симптоматика критерію A має зберігатися від 6 місяців.
- C. Симптоматика критерію A підвищує дискомфорт.
- D. Дана сексуальна дисфункція не пов'язана з впливом речовин чи ліків, вона проявляється через можливий дистрес в стосунках, та не може бути пояснена краще, ніж несексуальними психічними розладами [37].

Характер розладу може бути за двох варіантів: набутий (з'явився після періоду відносно нормальної сексуальної функції) чи пожиттєвий (розлад був з початку ведення сексуальних тосунків).

Також він може бути генералізованим (коли не проходить за певними видами стимуляції, партнерами чи ситуаціями) або ж ситуаційний ( виникає лише за певних обставин, стимуляцій, ситуацій, з певною людиною).

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

Поширеність:

«Точну поширеність DSM V не подає, однак зазначає, що до 17% жінок в Північній Америці повідомляють про періодичні болі під час статевого акту (диспареунія за DSM IV). Дослідження Райсинга з колегами показало, що 7,7% жінок в більшості або в усіх випадках відчувають біль під час статевого акту, а труднощі з проникненням (вагінізм за класифікацією DSM IV) спостерігаються від 5 до 17% жінок» [31] .

Диференційний діагноз:

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

Коморбідність:

«Загальна коморбідність з іншими розладами сексуальних функцій у жінок.

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

Панічний розлад – 75% страждають від розладу сексуальної функції.

Соціофобія – 33% переживають сексуальну дисфункцію». [38] .

Біологічні фактори розладів сексуальних функцій у жінок:

- Судинні захворювання.
- Ендокринна дисфункція.
- Діабет.
- Розлади сну.
- Інфекції сечостатевої системи.
- Оперативне втручання до сечостатевої системи чи неврологічна травма.
- Зловживання алкоголем.
- Медичні препарати (антидепресанти селективної інгібіції зворотного захоплення серотоніну)

Психологічні фактори сексуальних дисфункцій у жінок:

- Низька самооцінка, негативний образ тіла, низька сексуальна впевненість, тривога, страх бути непривабливою.
- Самомоніторинг і моніторинг партнера.
- Неточні та нереалістичні сексуальні знання, вибіркова увага, негативні інтерпретації, хибні очікування, нереалістичні припущення і стандарти [39].
- Тенденція до швидкого відволікання уваги.
- Неадекватні стратегії для менеджменту життєвого стресу.

- Неадекватні знання і навички для фізичної і емоційної релаксації.
- Погане усвідомлення свого тіла.
- Сексуальна недосвідченість.
- Досвід фізичного та сексуального кривдження (хронічні ПТСР симптоми).
- Емоційний дискомфорт з «егоїстичним» фізичним задоволенням і інші когнітивно-емоційні конфлікти.
- Недостатні навички самозадоволення і негативні переконання щодо цього.

Міжособистісні фактори:

- Конфлікти.
- Відчуження.
- Недовіра.
- Слабкі комунікативні навички.
- Попередній досвід стосунків.
- Фізичне і психологічне насильство. [40].

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

## **2.5 Психотерапевтична корекція**

У проведенні секс-терапії простежуються три етапи лікувального процесу, що збігаються із змістом етапів психо-сексуального розвитку.

### **1. Інформаційний етап.**

А – ознайомлення пацієнтів з реальним змістом сексуального розлади; ознайомлення з можливими варіантами вирішення проблеми; вибір оптимального варіанти.

Б – секс-освіта, обговорення існуючого та бажаного діапазону прийнятності для кожного з партнерів та в даній парі.

В –вироблення у пацієнта (або обох партнерів) психологічних здорових установок на вирішенняпроблеми у межах цієї пари.

Г – корекція цілей – зміщення уявлень пацієнта про «правильну» поведінку під час близькості (постановка недосяжних цілей, як правило, причиною дезадаптації подружжя).

2. Емоційний етап. Психотерапія, спрямована на подолання сумнівів, невротичних реакцій на розлад, сімейно-сексуальний дисгармонії з метою вільного прояву власних потреб та можливостей в інтимному житті

3.Поведінковий етап: здійснення секстерапевтичних установок, активізація сексуальних функцій пацієнтів. Проводиться під регулярним контролем.

У процесі поведінкового етапу секс-терапії клієнти використовують певні прийоми інструменти секс-терапії:

1 – короткий вербальний та невербальний контакт під час ласок та близькості;

2 – техніка «рука-на-руці»;

3 – мануальне моделювання;

4 – «міст» при прояві коїтальної гіпооргазмії у жінки (за наявності подібного розладу). [40].

Мануальне моделювання.

Практикується в процесі чуттєвого фокусування , а також у рамках коїтусу як такого. Жінка сама здійснює імісію в найбільш сприятливий для себе момент, а також (якщо йдеться про проблеми ерекції), використовуючи мінімально достатню для цього ерекцію чоловіка.

Приєм «міст», який показаний жінкам, які відчувають оргазм при кліторальній стимуляції, але не досягають його під час зносини. «Міст» використовується лише після того, як жінка вже зазнала інтенсивних

вагінальних відчуттів . Відчуття від скорочення мускулатури вагінальної ділянки утворюють ще одну складову еротичної чутливості.

Пролонгований необов'язковий коїтус у поєднанні з вправами лонно-копчикової мускулатури особливо корисні для більш чіткого сприйняття вагінальних відчуттів жінками, які ці відчуття були в минулому загальмовані.

Рекомендується робити повільні фрикції, щоб жінка могла зосередитися на своїх відчуттях, а потім почала б збуджувати клітор пальцем так, як вона це зазвичай робить наодинці з собою. (Установку можна змінити для того, щоб збуджував чоловік або використовувався вібратор, який є дуже ефективним засобом досягнення оргазму під час коїтусу. Нестача його використання полягає в небажанні деяких пар використовувати цей механічний пристрій під час зносини.

Жінка має зосередити свою увагу на збудливих фантазіях. Як тільки вона відчує наближення оргазму, слід негайно припинити стимуляцію та різко насунути на партнера. Таке переривання може тимчасово загальмувати наближення оргазму. Це нормально. Потрібно повторити все знову. І як жінка відчує наближення оргазму, стимуляція припиняється і їй слід знову швидко і різко насунути на партнера. Так повторюють кілька разів, доки не настане оргазм. Якщо у чоловіка еякуляція відбувається раніше, пара може повторити "міст" наступного разу.

Реакції на "міст". Звичайною реакцією подружжя на успішну реалізацію «моста» є розслаблення та наснагу. Адже нерідко жінки з коїтальною аноргазмією відчувають свою неповноцінність і неповноцінність у порівнянні з тими особами, які досягають оргазму під час зносини..

При проведенні психотерапії спеціаліст особливу увагу звертає на наступні фактори:

- наявність прихованих форм уникнення сексуальної активності;
- присутність фантазій та думок, що знижують збудження;
- відмова від здійснення адекватних та ефективних дій, що викликають збудження у самого пацієнта та його партнера;

- придушення сексуальних фантазій під час петтинга та коїтусу.

У зв'язку з виявленими подібними тенденціями у рамках психотерапії проводить низку дій:

- психотерапію, спрямовану на дозвіл тривожності та очікування невдачі;
- стимулює вербальний і невербальний контакт із партнером та обмін із ним що відбуваються еротичними переживаннями;
- видає «дозвіл» на усвідомлення та демонстрацію сексуального задоволення;
- рекомендує аутосуггестивні методи підвищення впевненості у собі перед початком інтимної близькості.

Завдання секс терапії:

1. Контрольоване усунення акцентів при інтимному контакті;
2. зміна пріоритетів;
3. посилення еротизації;
4. підвищення сенсорного контакту;
5. подолання невротичного очікування акта з обох сторін;
6. посилення навантаження на сильний бік та зняття навантаження зі слабого боку;
7. повне зняття невротизуючих зобов'язань зі слабкої сторони;
8. подолання невідповідності запитів та можливостей обох партнерів;
9. відновлення гедоністичного компонента інтимної близькості;
10. для жінки: усвідомлення власних сексуальних потреб та активізація поведінки, спрямованої на досягнення власного задоволення; вміння керувати своїми сексуальними реакціями.

Діагностичні шкали. Опитувальники та шкали загального психологічного стану.

- 1) шкала депресії Бека,
- 2) шкала тривоги Гамільтона,

3) шкали ДКР та панічного розладу. Оскільки сексуальна дисфункція може бути пов'язана з нав'язливими думками або іншими симптомами, властивими депресії та тривожному розладі.

Порушення сексуальної функції може бути пов'язане з проблемами у подружніх/партнерських взаєминах. Пацієнтка може використовувати психологічні захисти в розмові про це, уникаючи, знецінюючи чи прикрашаючи реальність. Тому при підозрі на проблеми у взаєминах можуть бути використані

- опитувальники навичок спілкування подружжя
- опитувальник подружньої задоволеності, який так само може бути використаний для неодружених пар різної ступеня партнерства

Оцінка стану сексуальності пацієнтки може бути уточнена з допомогою індексу жіночої сексуальної функції жіночої сексуальної функції формули.

Навчання клієнтів:

- надання інформації про «нормальне» сексуальне життя;
- надання інформації про фактори, що впливають на сексуальне життя;
- оцінка лікарем наявності мотивації та бажання «одужання»;
- психологічна корекція («сексуальна терапія»);
- поведінкова терапія;
- когнітивно-поведінкова терапія;
- терапія усвідомленості;

Кпт підхід до ви рішення проблеми:

На етапі КПТ одна із провідних напрямів у лікуванні аноргазмії та інших сексуальних дисфункцій. Навіть якщо у пацієнта немає бажання працювати над виявленою проблемою у сексуальній сфері, завданням психотерапевта є дослідження цієї проблеми, напрям до необхідних фахівців та психоедукація про фізіологію, норму та патологію в сексуальній сфері. Недостатня проінформованість фахівця про сексуальні проблеми пацієнта чи неякісна діагностика – гірше, ніж будь-яка шкода, яку може заподіяти процес

збору інформації про сексуальну життя пацієнта. Послідовність терапії не відрізняється від стандартної КПТ.

Спрямована мастурбація як одна з основних технік лікування, може проводитися як самостійно пацієнткою, так і із залученням партнера і має на увазі роботу вдома, що зберігає інтимність. Досягнуті результати мають потенціал для тривалого збереження ремісії та підвищення якості життя пацієнток.

Послідовність терапії аноргазмії (та інших сексуальних дисфункцій загалом) наступна:

- Залучення у терапію.
- Формулювання, можливі цикли.
- Психосексуальна освіта (психоедукація).
- Техніки релаксації – найбільше показано для тривожних, схильних до стресу або з низьким сексуальним самосвідомістю.
- Керована сексуальна фантазія (через бібліотерапію)
- Сексуальна комунікація – особливо для людей, які люблять чіткі правила та мають виражене логічне мислення.
- Когнітивна реструктуризація.
- Спрямована мастурбація.

Психосексуальна освіта (психоедукація) включає:

- Вивчення анатомії;
- Препарати, що взаємодіють із сексуальною функцією;
- Дослідження нереалістичних очікувань та уявлень про себе та потенційному партнері та їх нормалізація;
- Опрацювання міфів про сексуальність

## Висновки до розділу 2

1. Отже, жіночі сексуальні дисфункції можуть включати в себе збудження, розлади сексуального інтересу, розлади щодо наявності оргазму, генітально-тазову біль, страх проникнення та статевого контакту. Як правило, цілий ряд психологічних та фізичних факторів впливають на виникнення сексуальних дисфункцій у жінок. Підсилюючи один одного вони погіршують розлади.
2. Психологічні фактори можуть включати в себе: порушення настрою, вплив минулих переживань, страх щодо негативних наслідків, індивідуальні особистісні обставини жінки, відволікаючі подразники.
3. Фізичні фактори включають в себе стан статевих органів, їх деформації та перенесені операції чи захворювання, медикаменти.
4. Дані ефективності різних методів терапії сексуальних дисфункцій різні, в залежності від автора. Продемонструвати ефективність традиційних методів психотерапії так само важко у сфері лікування сексуальних дисфункцій, як і загалом. У деяких випадках у хворих відзначається покращення у всіх областях життя, крім сексуальної. На жаль, чим важча психопатологія і чим довше вона продовжується, тим більш несприятливий вихід з неї може мати місце.
5. Найбільш важкі для лікування - пари із великими сімейними розбіжностями. Складними є також випадки зі страхом перед інтимними відносинами, надмірною залежністю чи надмірною ворожістю.
6. Коли використовуються поведінкові підходи, легше виділити поведінкові критерії, що дозволяють передбачити результат. Використовуючи ці критерії, наприклад, виявилось, що пари, які регулярно застосовують призначені ним вправи, мають набагато більшу ймовірність гарного виходу, ніж пари, які мають в основному садомазохістські особливості або мають депресивні риси або механізми звинувачення та прожекції. Прогностично сприятливим фактором є також гнучкість установки.

**РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ  
ОСОБЛИВОСТЕЙ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК**

### **3.1. Організація та етапи емпіричного дослідження**

Для правильного визначення напрямків та форм роботи з вивчення психологічних особливостей жінок із сексуальними дисфункціями було необхідно спочатку визначити поточний рівень за названим показником. З цією метою було проведене емпіричне дослідження особливостей переживання емоцій жінками із сексуальними дисфункціями.

Для проведення емпіричного дослідження нами були відібрані методики, які, на наш погляд, здатні максимально об'єктивно відтворити картину світобачення жінок із сексуальними дисфункціями.

Для дослідження психологічних особливостей жінок доцільно застосувати метод опитування, а конкретно – анкетування. Метод анкетування найчастіше використовують у випадках, коли необхідно опитати в стислі строки велику кількість розселених на великій території людей (від сотень до декількох тисяч) або забезпечити анонімність опитування. Зазвичай анкетування здійснюється за допомогою анкети – спеціально оформленого переліку питань, звернених до певної категорії респондентів, заповнення якої здійснюється респондентом самостійно, без участі дослідника» [25].

Метод анкетування найчастіше використовують у випадках, коли необхідно опитати в стислі строки велику кількість розселених на великій території людей (від сотень до декількох тисяч) або забезпечити анонімність опитування. Зазвичай анкетування здійснюється за допомогою анкети – спеціально оформленого переліку питань, звернених до певної категорії респондентів, заповнення якої здійснюється респондентом самостійно, без участі дослідника

Метод анкетування має такі очевидні переваги. По-перше, він дозволяє максимально успішно формалізувати та регламентувати процедуру «питання-відповідь». Використання методу анкетування сприяє охопленню великої кількості респондентів за обмежений час, що забезпечує репрезентативність результатів. Завдяки анкетуванню можна чітко визначати позиції дослідника та респондента, зберегти анонімність. Відповіді

фіксуються самим респондентом, який так само має змогу ознайомитися одразу з усією сукупністю питань, а також давати на них відповіді у вільній послідовності. Вплив особистості дослідника на опитуваного є мінімальним.

Серед недоліків використання методу анкетування необхідно вказати, зокрема, мінімізацію безпосереднього спілкування респондента із дослідником, можливість спотворення результатів дослідження через нещирість респондента, і, відтак, зниження надійності та достовірності отриманої інформації, оскільки від правдивої відповіді досить легко ухилитися.

Опитувальники можна визначити як «методики, завдання яких подані у вигляді питань (тверджень)» [35]. Особистісні опитувальники (стандартизовані самозвіти) – це сукупність методичних засобів, що використовуються для вимірювання окремих властивостей і проявів особистості. Вони складаються з набору пунктів (питань або тверджень), на які досліджуваний має відповідати (вносити судження, погоджуватись / не погоджуватись тощо) згідно запропонованої інструкції.

У роботі використовувалися такі методики:

1. Тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка;
2. П'ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрає, П. Коста);
3. «Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтьєва);
4. Методика «Діагностика соціально-психологічних установок особистості у мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна);
5. Методика діагностики ірраціональних настанов (А. Елліс).

1. Тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність), які можуть негативно впливати на процес соціалізації, спілкування і в результаті на формування самооцінки, тому потребують діагностики з метою їх своєчасної корекції.

За цією методикою, тривожність – індивідуальна психічна особливість, що виявляється в схильності людини до частих і інтенсивних переживань стану тривоги, а також в низькому порозі його виникнення. Тут тривога виступає як переживання емоційного дискомфорту, що пов'язаний з очікуванням неблагополуччя, з передчуттям небезпеки.

Фрустрація інтерпретується як психічний стан, викликаний неуспіхом у задоволенні потреби, бажання. Агресивність – не викликана об'єктивними обставинами неспровокована ворожість людини по відношенню до людей і навколишнього світу. Ригідність – ускладненість (аж до повної нездатності) у зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно потребують її перебудови.

Методика складається з 40 тверджень. Респонденту пропонується уважно прочитати опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з його станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться один бал. Якщо не збігається зі станом респондента – 0 балів. Бали додаються за кожною групою запитань за 4 шкалами: шкали тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності.

Інтерпретація результатів здійснюється згідно з ключем, шляхом визначення рівня вираження кожного стану, де сума балів від 0 до 7 відповідає низькому рівню, 8-14 балів – середньому та 15-20 балів – високому рівню.

2. П'ятифакторний особистісний опитувальник або тест «Велика П'ятірка» («Big five»), розроблений американськими психологами Р. МакКрає і П. Коста в 1983-1985 рр. У подальшому опитувальник удосконалювався і в остаточному вигляді в 1992 р. представлений тестом NEO PI (аббревіатура. Від англійського словосполучення: «Нейротизм, екстраверсія, відкритість – особистісний опитувальник»).

На думку Р. МакКрає і П. Коста, виділених на основі факторного аналізу п'яти незалежних змінних (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співпраця, сумлінність) цілком достатньо для адекватного опису

психологічного портрета особистості. На сьогодні тест-опитувальник «Велика п'ятірка» набув великої популярності і практичного значення.

П'ятифакторний тест-опитувальник являє собою набір з 75 парних, протилежних за своїм значенням, зіставлених висловлювань, що характеризують поведінку людини. Зіставлений матеріал має п'ятирівневу 75 оціночну шкалу Р. Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2), за допомогою якої можна вимірювати ступінь вираженості кожного з п'яти факторів (екстраверсія – інтроверсія; прихильність – відособленість; самоконтроль – імпульсивність; емоційна нестійкість – емоційна стійкість; експресивність – практичність).

3. У ході опитування за методикою «Як влаштований мій світ у хворобі» застосовувався опитувальник Д. О. Леонтьєва. Цей опитувальник складається із 40 тверджень, розбитих на 20 опозицій. Ця методика використовувалася як додаткова.

Опитувальник «Смисложиттєві орієнтації» Д. О. Леонтьєва дозволяє виявити джерело сенсу життя, що може бути віднайдене людиною або в майбутньому (мета), або в теперішньому (процес), або в минулому (результат), або в усіх трьох складових життя.

Опитувальник смисложиттєвих орієнтацій є адаптованою версією тесту «Мета в житті» Джеймса Крамбо та Леонарда Махолика. Методика була розроблена на основі теорії тяжіння до смислу й логотерапії Віктора Франкла й мала на меті емпіричну валідацію низки уявлень, пов'язаних із цією теорією.

На основі факторного аналізу адаптованої Д. О. Леонтьєвим версії цієї методики вітчизняними дослідниками був створений тест смисложиттєвих орієнтацій, що включає, разом із загальним показником осмисленості життя, також п'ять субшкал, що відображають три конкретні смисложиттєві орієнтації (цілі в житті, насиченість життя та задоволеність самореалізацією) і два аспекти локусу контролю (локус контролю-Я і локус контролю-життя).

Тест смисложиттєвих орієнтацій містить 20 пар протилежних тверджень, що відображають уявлення про чинники осмисленості життя особистості.

У тесті смисложиттєвих орієнтацій життя вважається осмисленим за умови наявності цілей, задоволення, отриманого при їх досягненні, та упевненості у власній здатності ставити перед собою цілі, обирати завдання серед наявних, і досягати результатів. Важливим є зрозуміле співвіднесення цілей – із майбутнім, емоційної насиченості – з теперішнім, задоволення – із досягнутим результатом, минулим.

Ситуація дозволяє кожній людині зробити в теперішньому певний вибір у вигляді вчинку, дії або бездіяльності. Основою такого вибору є сформоване уявлення про сенс життя або його відсутність. Сукупність здійснених, актуалізованих виборів формує «минуле», яке є незмінним, варіаціям підлягають лише його інтерпретації. «Майбутнє» є сукупністю потенційних, очікуваних результатів зусиль, що вживаються в теперішньому, відтак, майбутнє є принципово відкритим, а різні варіанти очікуваного майбутнього мають різну мотиваційну привабливість.

Опитуваним було запропоновано обрати між двома протилежними твердженнями, позначивши своє ставлення до них за допомогою обраної цифри від -3 до 3. Близькість до максимальних значень означала максимальну згоду опитуваного із твердженням із лівої (-3) або правої (3) частини опитувальника.

4. Методика «Діагностика соціально-психологічних установок особистості у мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна). Зазначена методика покликана діагностувати провідні соціально-психологічні установки особистості, що стосуються мотиваційно-потребової сфери. Вона складається із 80 питань стосовно того, що є найважливішим для людини в житті.

Перша частина опитувальника методики містить 40 питань, покликаних з'ясувати, що є важливішим для людини: альтруїзм чи егоїзм, процес чи результат.

До складу другої частини опитувальника так само входять 40 питань. Вони спрямовані на оцінку людиною значущості в її житті таких показників: свобода чи влада, зміст роботи чи гроші.

5. Методика діагностики ірраціональних настанов (А. Елліс). Методика діагностики ірраціональних настанов А. Елліса покликана виявити в людині ірраціональні переконання, що засвоюються із дитинства протягом життя, і, поєднуючись із негативними інтерпретаціями, призводять до виникнення негативних емоцій. Використання зазначеної методики сприяє усвідомленню людиною негативного впливу ірраціональних настанов на емоції й наближенню особистості до стану емоційного благополуччя.

Тест А. Елліса складається із 50 питань, 6 шкал, із яких 4 шкали є основними та відповідають 4 групам ірраціональних настанов мислення, виділених автором: «катастрофізація», «відчуття боргу відносно себе», «відчуття боргу відносно інших», «оцінна настанова».

Вибірку досліджуваних склали 30 учасниць віком від 25 до 45 років. Усі учасниці дослідження на момент участі в ньому мали сексуальні дисфункції.

### **3.2. Специфіка залежності сексуальних дисфункцій від психічного стану особистості**

Використання тесту «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка дозволило оцінити окремі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність), які можуть негативно впливати на процес соціалізації, спілкування і в результаті на формування самооцінки, тому потребують діагностики з метою їх своєчасної корекції.

За результатами діагностики тривожності було отримано такі результати.

30% опитаних продемонстрували показники, співвідносні з низьким рівнем тривожності. Для цих осіб характерною постає адекватність самооцінки, здатність протистояти соціальним цінностям та стереотипам, що є сприятливими для зростання негативних емоцій (підозрілості, образи, почуття провини тощо).

30% опитаних учасників дослідження продемонстрували показники, співвідносні з середнім рівнем тривожності. Для них характерною є ситуативність вираження показників тривожності залежно від впливу зовнішніх та внутрішніх чинників.

Високий рівень тривожності продемонстрували 40% опитаних. Для них характерними рисами постають тяжіння до замкнутості, самозвинувачень, неадекватної оцінки оточуючих людей.

Графічно результати дослідження за шкалою «тривожність» представлені на рисунку 3.1.

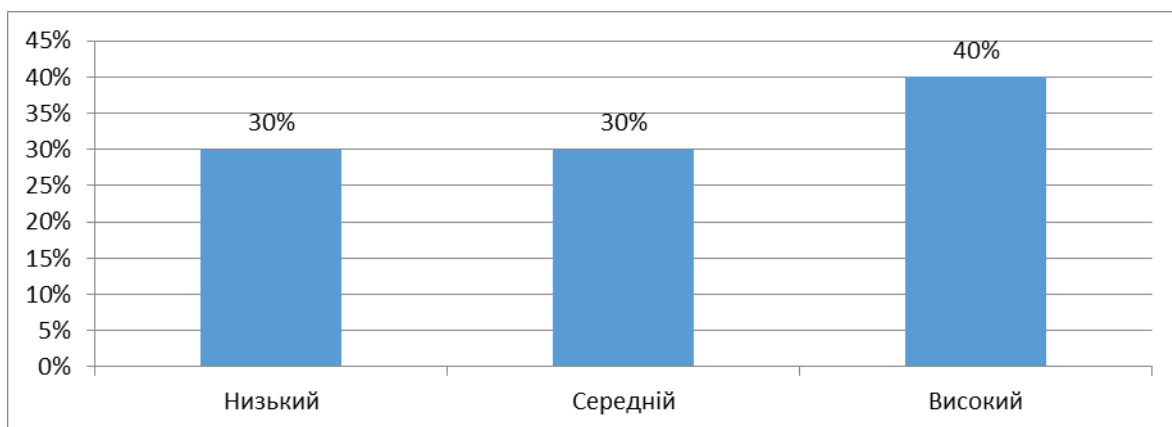


Рисунок 3.1. Показники за шкалою «тривожність» за методикою «Самооцінка психічних станів»

За результатами діагностики фрустрації було отримано такі результати.

30% опитаних продемонстрували показники, співвідносні з низьким рівнем фрустрації. Для цих осіб характерною постає відсутність схильності

до негативних переживань, зокрема, до тривоги, розпачу, роздратування, розчарування.

30% опитаних учасників дослідження продемонстрували показники, співвідносні з середнім рівнем фрустрації. Для них характерною є ситуативність вираження показників фрустрації залежно від впливу зовнішніх та внутрішніх чинників.

Високий рівень фрустрації продемонстрували 40% опитаних. Для них характерними рисами постають тяжіння до негативних переживань: розчарування, роздратування, тривоги, розпачу. Фрустрація часто виявляється в агресивних реакціях, що можуть мати як зовнішню, так і внутрішню спрямованість.

Графічно результати дослідження за шкалою «фрустрація» представлені на рисунку 3.2.



Рисунок 3.2. Показники за шкалою «фрустрація» за методикою «Самооцінка психічних станів»

За результатами діагностики агресивності було отримано такі результати.

30% опитаних продемонстрували показники, співвідносні з низьким рівнем агресивності. Для цих осіб характерною постає відсутність схильності до спонтанних проявів вербальної чи фізичної агресії, негативізму, ворожості. Представники низького рівня намагаються максимально уникати будь-яких конфліктних ситуацій, де можливий вияв агресії.

30% опитаних учасників дослідження продемонстрували показники, співвідносні з середнім рівнем агресивності. Для них характерною є ситуативність вираження агресії залежно від впливу зовнішніх та внутрішніх чинників. Проте, слід зауважити, що частіше представники середнього рівня виявляють свою агресивність вербально, ніж фізично, також вони надають перевагу перенесенню агресії на неживий предмет, а не на людей.

Високий рівень агресивності продемонстрували 40% опитаних. Для них характерними рисами постають спонтанні вияви вербальної чи фізичної агресії, негативізм, ворожість. У їх поведінці агресія виявляється у тенденції до здійснення нападів, завдання неприємностей та шкоди людям, тваринам, навколишньому світові.

Графічно результати дослідження за шкалою «агресивність» представлені на рисунку 3.3.

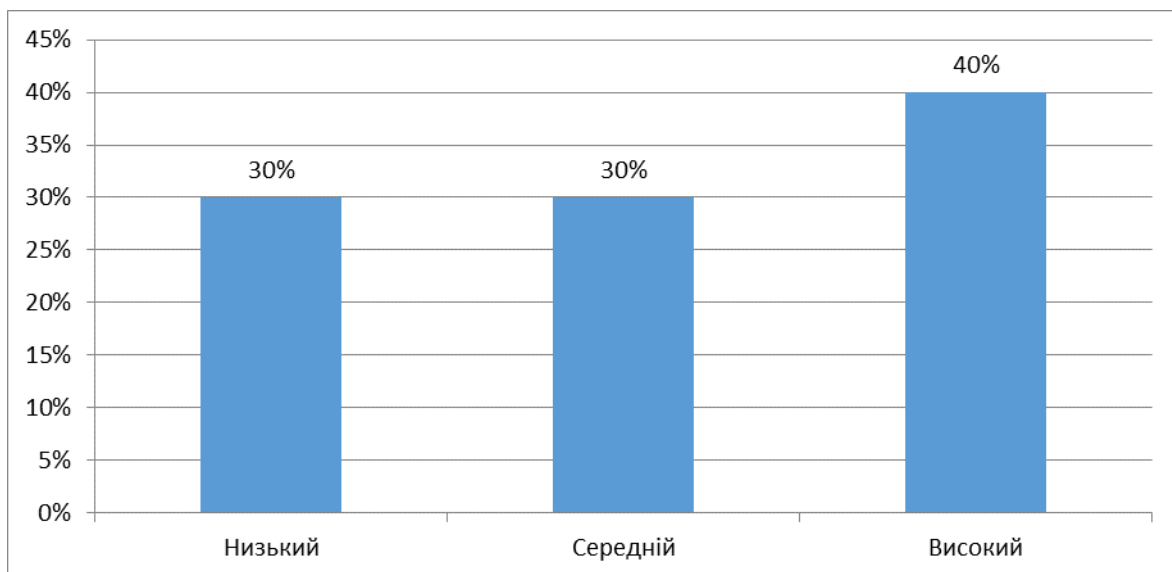


Рисунок 3.3. Показники за шкалою «агресивність» за методикою «Самооцінка психічних станів»

За результатами діагностики ригідності було отримано такі результати.

20% опитаних продемонстрували показники, співвідносні з низьким рівнем ригідності. Для цих осіб характерною постає пластичність, здатність швидко адаптуватися, здатність до підлаштування до оточуючих обставин.

60% опитаних учасників дослідження продемонстрували показники, співвідносні з середнім рівнем ригідності. Для них характерною є ситуативність вираження ригідності залежно від впливу зовнішніх та внутрішніх чинників.

Високий рівень ригідності продемонстрували 20% опитаних. Цей рівень виявляється в ускладненості (аж до повної нездатності) зміни наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно потребують її перебудови. Сильно виражена ригідність проявляється в незмінності поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони не відповідають реальній дійсності..

Графічно результати дослідження за шкалою «ригідність» представлені на рисунку 2.4.

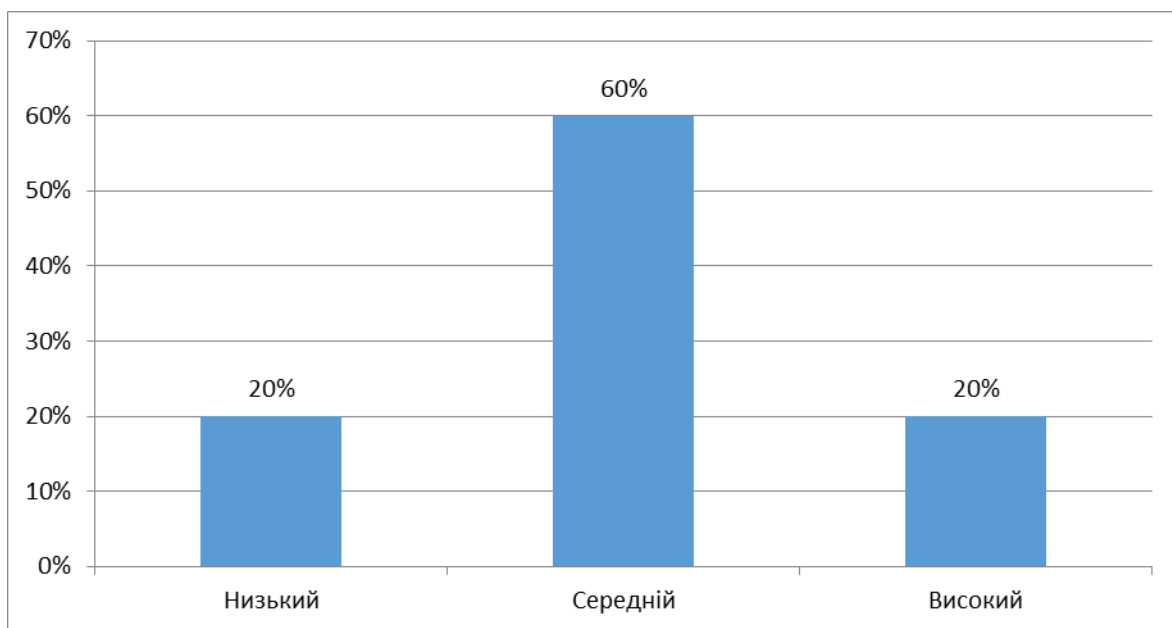


Рисунок 2.4. Показники за шкалою «ригідність» за методикою «Самооцінка психічних станів»

Отже, за методикою «Самооцінка психічних станів» було виявлено домінування середніх показників. Це означає тяжіння до ситуативності у вираженні оцінюваних станів особистості (тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності) залежно від впливу зовнішніх та внутрішніх чинників.

П'ятифакторний особистісний опитувальник або тест «Велика П'ятірка» («Big five») було використано для того, аби максимально повно охарактеризувати особливості сприйняття жінками із сексуальними дисфункціями себе та інших людей в обох групах дослідження. Це диспозиційна модель особистості, яка характеризує людину за допомогою п'яти рис (диспозицій), або, інакше кажучи, чинників. Риса – диспозиція (схильність) поводитися певним чином, що виявляється в поведінці людини в широкому спектрі ситуацій.

За підсумками дослідження із використанням тесту «Велика П'ятірка» в групі жінок із сексуальними дисфункціями були отримані такі показники.

Шкала «Залученість до зовнішнього світу», або «Е-фактор», використовується для визначення, наскільки людині подобається перебувати серед інших людей, наскільки вона сповнена енергією та ентузіазмом, позитивними емоціями. За цією шкалою були зафіксовані такі результати.

Високий рівень залученості до зовнішнього світу, співвідносний із екстраверсією, було продемонстровано 20% жінок із сексуальними дисфункціями. Вони є активними в групі, люблять висловлювати власну позицію, перебувати в центрі уваги. З-поміж цього сегменту опитаних показники 5% жінок із сексуальними дисфункціями були дуже високими, що свідчить про наявність у їхній поведінці характеристик, що демонструють тяжіння до нав'язливості. Вони є вельми дружніми, комунікабельними, здатними заявити про себе, рухомими, схильними до стимуляції ззовні, життєрадісними.

Середній рівень залученості до зовнішнього світу, співвідносний із екстраверсією, було зафіксовано в 20% жінок із сексуальними дисфункціями. Їх активність у групі є можливою в тому випадку, коли всі учасники групи є для них знайомими, а власну позицію вони висловлюють охоче, проте лише в тому випадку, коли їх про це питають. Вони є питомими учасниками групової взаємодії, проте не прагнуть до лідерства в ній.

Низький рівень залученості до зовнішнього світу, що вказує на протилежне відносно екстраверсії явище – інтроверсію – спостерігається в 60% учасників опитування в групі жінок із сексуальними дисфункціями. Вони є тихими, спокійними, неквапливими, менше залежать від соціуму й не потребують зовнішньої стимуляції. 20% опитаних із числа зазначеного сегменту продемонстрували крайньо низькі показники за цією шкалою, що свідчить про небажання та неможливість установлювати соціальні контакти.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.5.

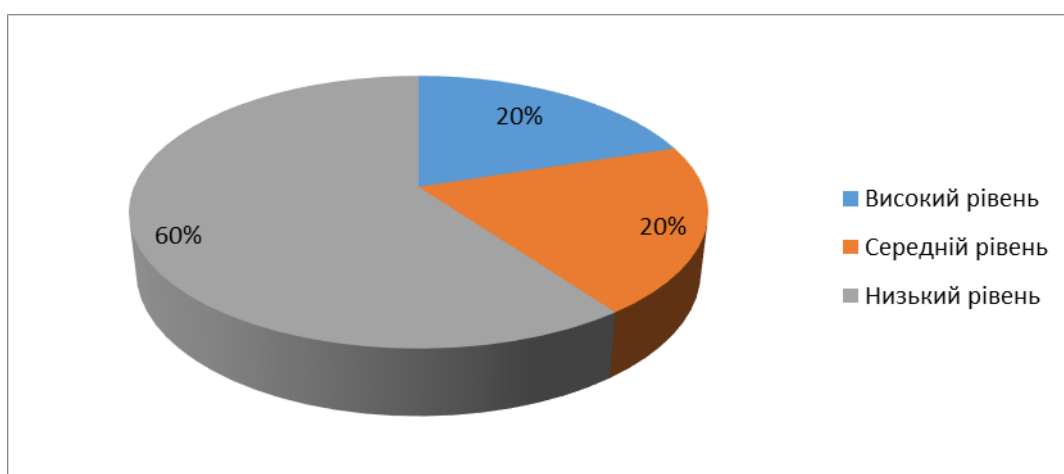


Рисунок 3.5. Розподіл учасників групи жінок із сексуальними дисфункціями за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» (Тест «Велика П'ятірка»)

За шкалою «Прив'язаність» в групі жінок із сексуальними дисфункціями було визначено, наскільки гармонійним є існування таких людей у соціумі.

Високий рівень прив'язаності, асоційованої із співробітництвом, було виявлено в 20% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Вони схильні більше орієнтуватися на побажання та інтереси групи, ніж на власні. З-поміж цих учасників характерною є наявність доброти, м'якості, терпимості відносно оточуючих, вони наділені «зручним характером», вірять у те, що люди є добрими за своєю природою.

Середній рівень прив'язаності, асоційованої зі співробітництвом, було виявлено в 30% жінок із сексуальними дисфункціями. Для них характерним постає пошук компромісу між орієнтацією на побажання, адресовані групою, та власними міркуваннями і пріоритетами. Вони в цілому є позитивно налаштованими відносно інших людей, проте ніколи не забувають і про власні інтереси.

Низький рівень прив'язаності, асоційованої зі співробітництвом, був продемонстрований за підсумками дослідження за шкалою «Прив'язаність» 50% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Для цих жінок із сексуальними дисфункціями характерною є високорозвинена егоцентричність, тобто спрямованість на думки, перш за все, про дотримання власних інтересів. Вони не переймаються через груповий добробут. Подеколи такі люди є байдужими до переживань та страждань інших, їм може бути притаманна навіть жорстокість, проте, разом із тим, вони мислять об'єктивно та критично.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.6.

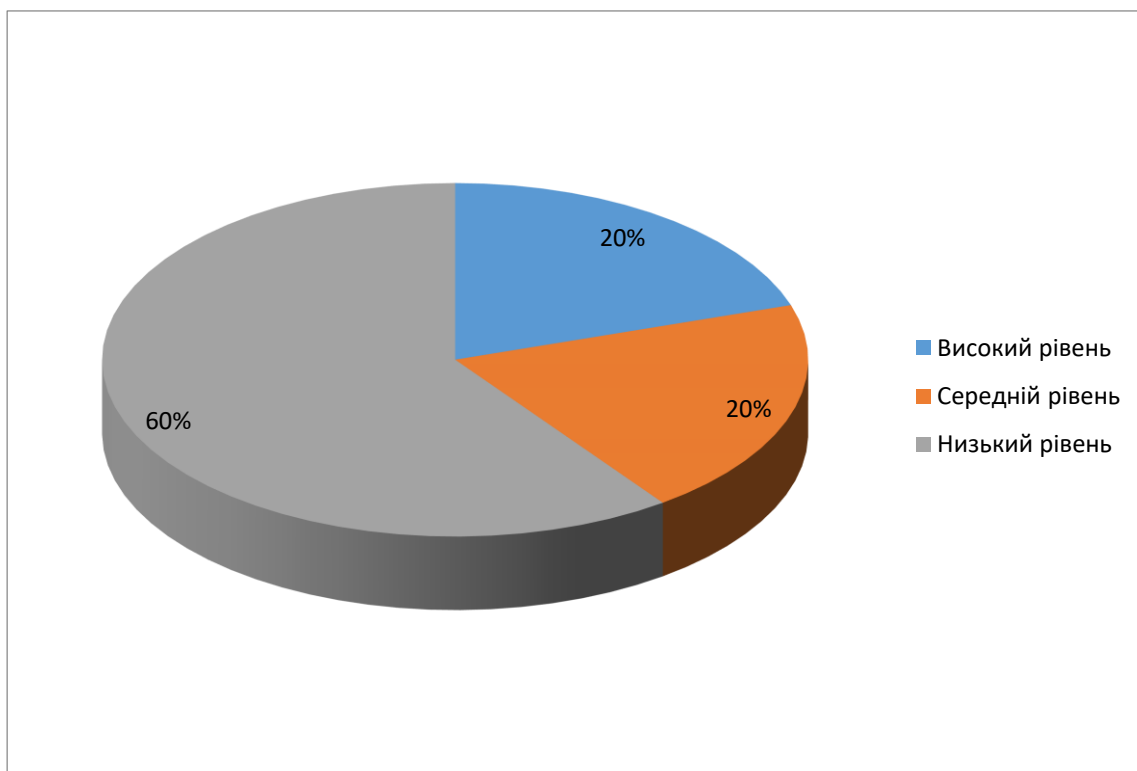


Рисунок 3.6. Розподіл учасників групи жінок із сексуальними дисфункціями за шкалою «Прив'язаність» (Тест «Велика П'ятірка»)

За шкалою «Самоконтроль» у групі жінок із сексуальними дисфункціями були продемонстровані такі показники.

Високий рівень самоконтролю було продемонстровано 30% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Для них характерним є тяжіння до добросовісного виконання власних обов'язків, наявність цілеспрямованості, організованості, мотивованості.

Показники, співвідносні з середнім рівнем самоконтролю, були продемонстровані 30% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Вони загалом здатні добросовісно виконувати взяті на себе обов'язки, бути організованими й дисциплінованими, проте деколи через риси характеру або зовнішні чинники їх поведінка втрачає ознаки організованості та надійності, щоправда, в таких випадках вони здатні швидко відновлюватися.

Низький рівень самоконтролю було продемонстровано 40% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.7.

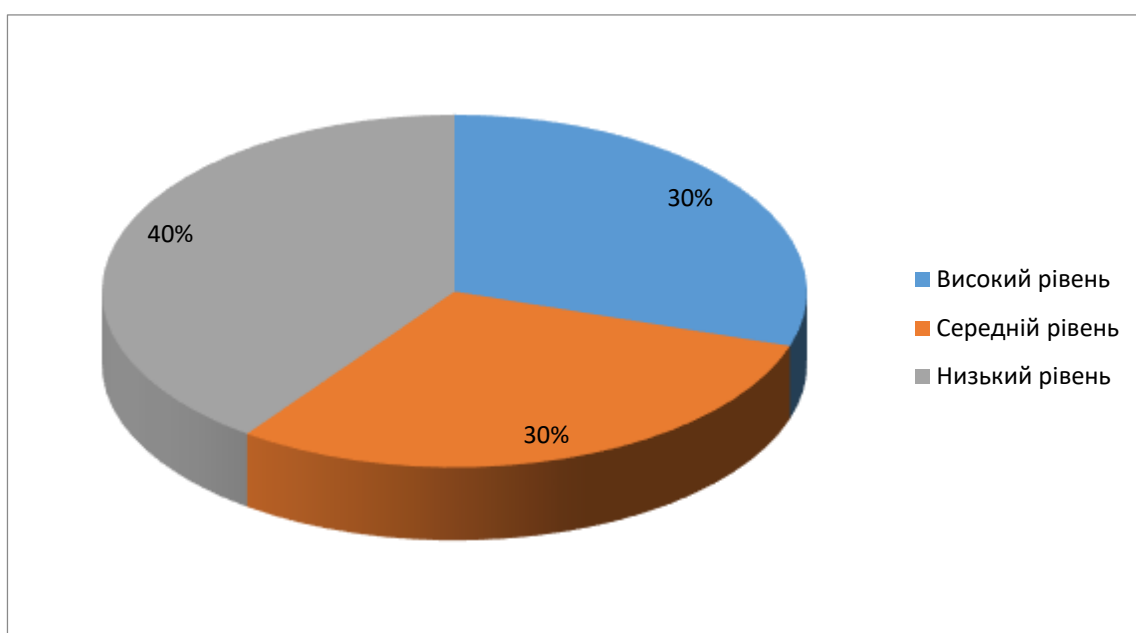


Рисунок 3.7. Розподіл учасників жінок із сексуальними дисфункціями за шкалою «Самоконтроль» (Тест «Велика П'ятірка»)

Відомості, отримані за шкалою «Нейротизм», використовуються для характеристики тенденції до переживання негативних емоцій. За підсумками дослідження за цією шкалою в групі жінок із сексуальними дисфункціями були отримані такі показники.

Високий рівень нейротизму було продемонстровано 60% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Для них характерною є схильність до реактивності, здатність переживати більше, ніж це роблять інші люди.

Показники, співвідносні з середнім рівнем нейротизму, були продемонстровані 20% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Вони загалом здатні до емоційних переживань, проте лише тоді, коли вони стосуються безпосередньо їх самих, і вони водночас усвідомлюють, що ніяк не можуть вплинути на їх рішення за допомогою власних емоційних реакцій.

Низький рівень нейротизму було продемонстровано 20% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Для представників цього рівня характерною є відсутність схильності до емоційних переживань, які видаються їм зайвими. Натомість, у них наявна більша емоційна стабільність, стриманість тощо.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.8.

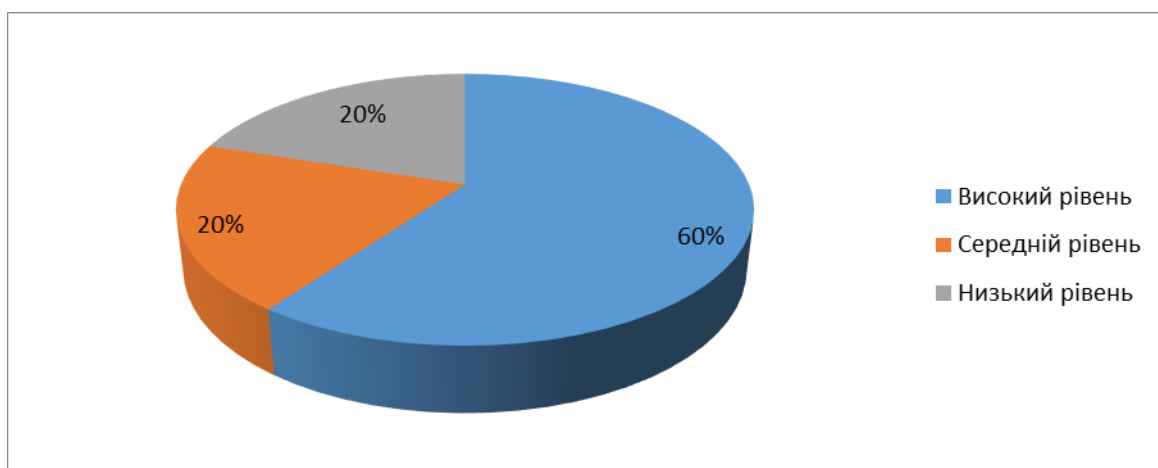


Рисунок 3.8. Розподіл учасників групи жінок із сексуальними дисфункціями за шкалою «Нейротизм» (Тест «Велика П'ятірка»)

Шкала «Відкритість новому досвіду» покликана продемонструвати, наскільки людина є зацікавленою стосовно розширення власного світогляду, отримання нової інформації, знайомства з новими людьми, відвідування нових місць. За підсумками дослідження за цією шкалою в групі жінок із сексуальними дисфункціями були отримані такі показники.

Високий рівень відкритості до нового досвіду було продемонстровано 20% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Для них характерним є бажання до активностей, що супроводжуються новими знайомствами та дають змогу дізнатися про щось, що до того моменту не було їм відомим. Вони схильні експериментувати та фантазувати.

Показники, співвідносні з середнім рівнем відкритості до нового досвіду, були продемонстровані 10% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Вони загалом не проти нових знайомств та розширення кола спілкування, проте лише в ті моменти, що, на їхню думку, є найбільш зручними для цього, а не будь-коли. Навіть у нових стосунках вони надають перевагу їх практичності, відсуваючи на другий план експресивність, грайливість, відкритість, широту світогляду.

Низький рівень відкритості до нового досвіду було продемонстровано 70% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Для представників цього рівня характерною є надання переваги консерватизму у відносинах, неохочість до експериментів та фантазій, відсутність бажання знайомитися із новими людьми, виходити поза межі звичного кола спілкування загалом.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.9.

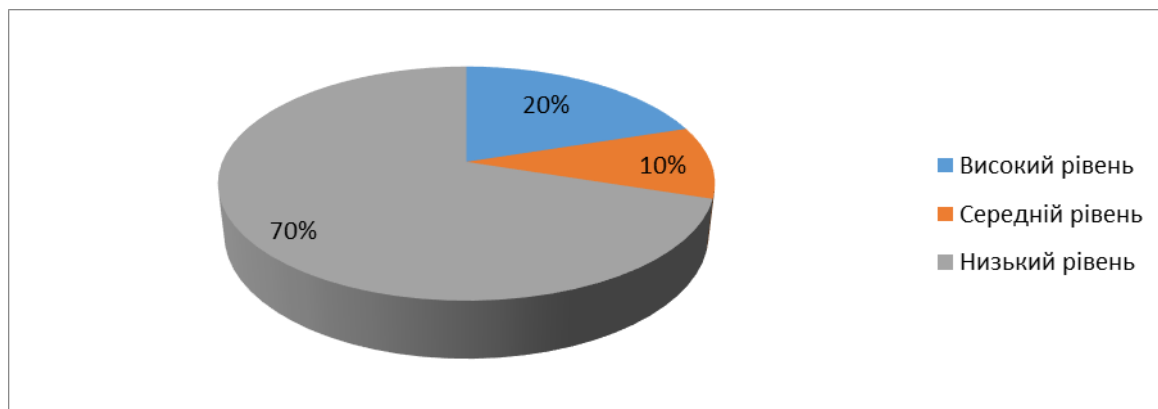


Рисунок 3.9. Розподіл учасників групи жінок із сексуальними дисфункціями за шкалою «Відкритість новому досвіду» (Тест «Велика П'ятірка»)

Отже, за підсумками використання тесту «Велика П'ятірка» було виділено такі домінанти особистості учасників дослідження. Так, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» було відзначене домінування низького рівня залученості до зовнішнього світу, що вказує на вияв інтроверсії та відсутність сильної вкоріненості до соціуму, залежності від нього. У граничних виявах така тенденція засвідчує небажання та неможливість установлювати соціальні контакти. За шкалою «Прив'язаність» також домінував низький рівень виявленості, пов'язаний із високорозвиненою егоцентричністю, відсутністю переживань стосовно колективних інтересів. Шкала «Самоконтроль» продемонструвала перевагу низьких показників, що пов'язані з відсутністю схильності до самоорганізації й дисципліни, слабкохарактерністю. Високі показники за шкалою «Нейротизм» свідчать про здатність жінок із сексуальними дисфункціями глибоко переживати емоції, переважно, власні. Низький рівень «відкритості новому досвіду» підтверджує заглибленість жінок із сексуальними дисфункціями у внутрішні переживання.

Анкетування «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» дозволило зробити такі висновки.

Згідно з відповідями на питання про рівень енергії, 30% оцінюють його

як доволі високий, що на перший погляд викликає подив. Згідно зі стереотипними уявленнями про жінок із сексуальними дисфункціями, вони частіше за все хворобливі та депресивні. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.10.

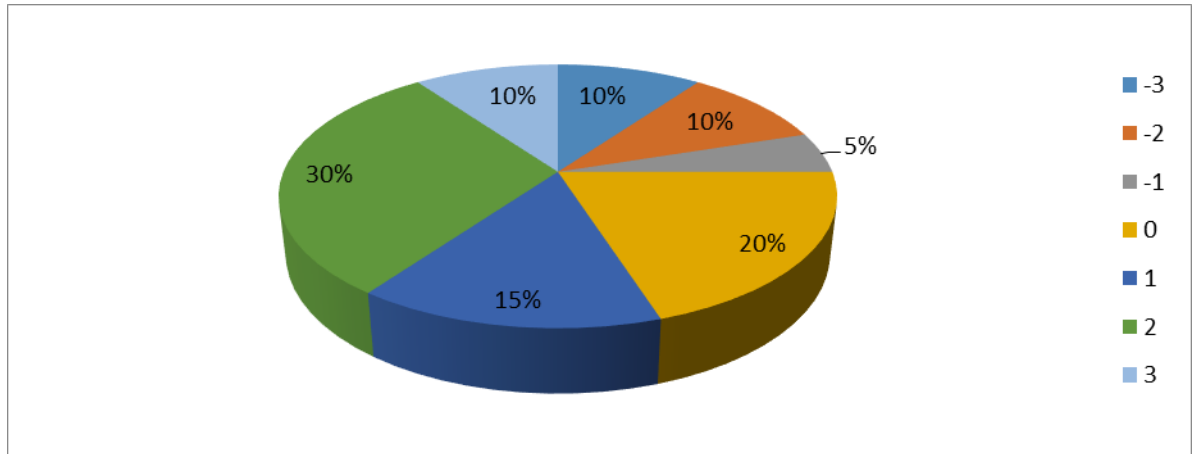


Рисунок 3.10. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Зазвичай мені дуже нудно/Зазвичай я сповнений енергії)

Трохи більше, ніж 40% респондентів вважають своє життя спокійним та рутинним. Проте 30% схиляються до того, що їхнє життя захоплююче. Це доволі високий показник, враховуючи те, наскільки у нашій культурі розповсюджені скарги на нудний побут та нецікаву роботу. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.11.

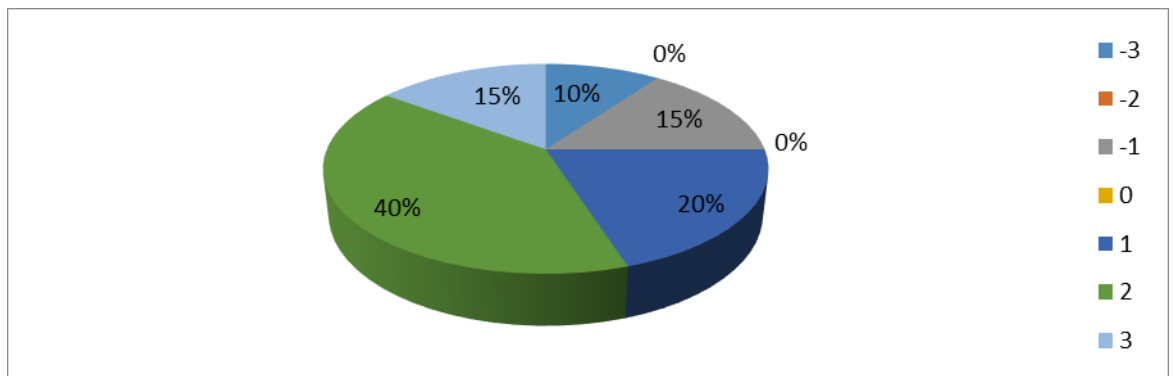


Рисунок 3.11. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я не маю визначених цілей і намірів/Я маю визначені цілі й наміри)

Абсолютна більшість вважає, що має зрозумілі цілі та наміри у житті: 15%, 20% і 40% відповідно.

Слід зауважити, що 30% заявили про велику цілеспрямованість. Це може говорити про те, що жінки, які є носіями сексуальної дисфункції, більше цінують життя, ніж ті, у кого немає підстав переживати за власне здоров'я. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.12.

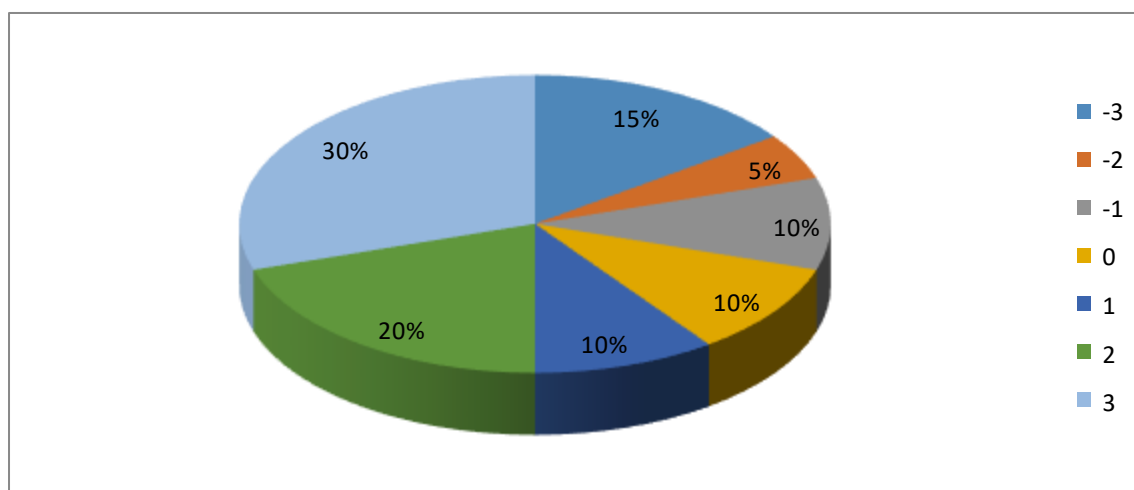


Рисунок 3.12. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Мое життя видається мені позбавленим сенсу/ Мое життя видається мені цілком усвідомленим та цілеспрямованим)

На питання про те, як склалося їхнє життя, більшість (30%) обрала варіант “Важко відповісти”. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.13.

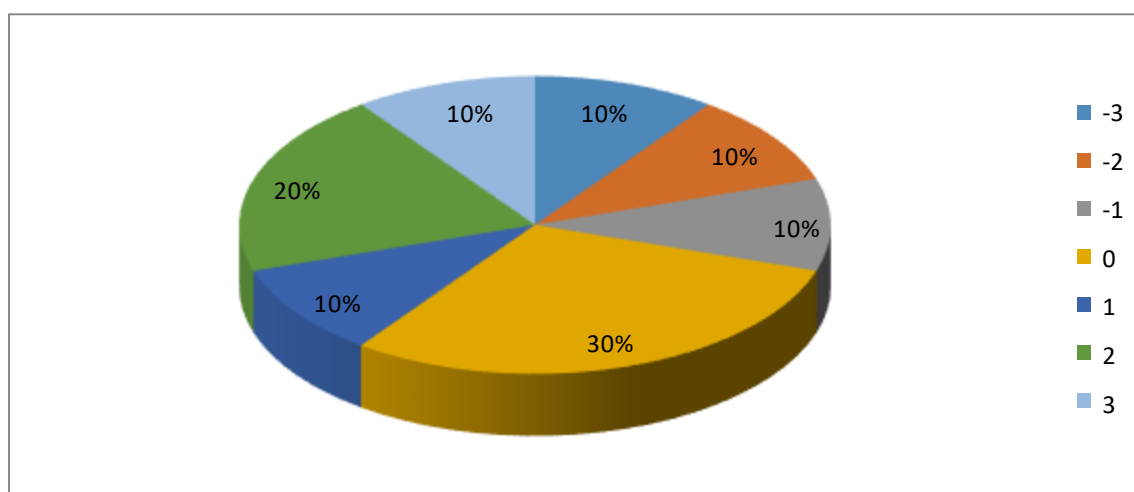


Рисунок 3.13. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя склалося вдало/ Моє життя не склалося)

Далі жінкам із сексуальною дисфункцією було запропоновано сформулювати власні плани на пенсію. Так, 25% респондентів вважають, що втілили у життя те, що задумали, тому не прагнуть нічим займатися по досягненні пенсійного віку. На нашу думку, такий показник також можна пояснити достатньо молодим віком респондентів, що дозволяє зберігати риси максималізму та характерним для нього максималізмом. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.14.

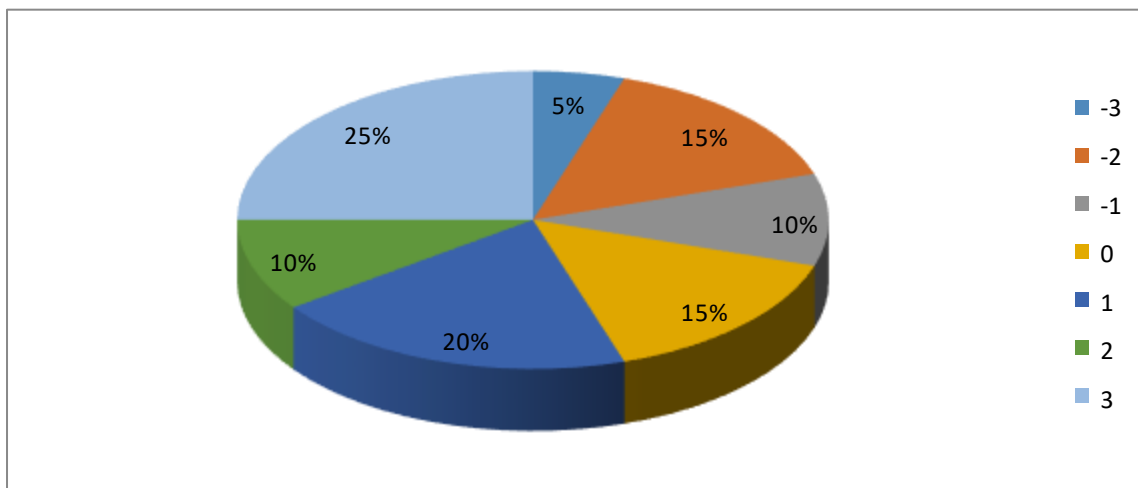


Рисунок 3.14. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Коли я піду на пенсію, я займуся цікавими справами/ Коли я піду на пенсію, то нічого не робитиму)

За підсумками дослідження оцінки власної самореалізації в житті 35% опитаних відповіли, що повністю задоволені тим, як склалося їхнє життя. Це свідчить про те, що особи із сексуальною дисфункцією не замикаються в собі через свій діагноз, намагаються прожити своє життя максимально повно. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.15.

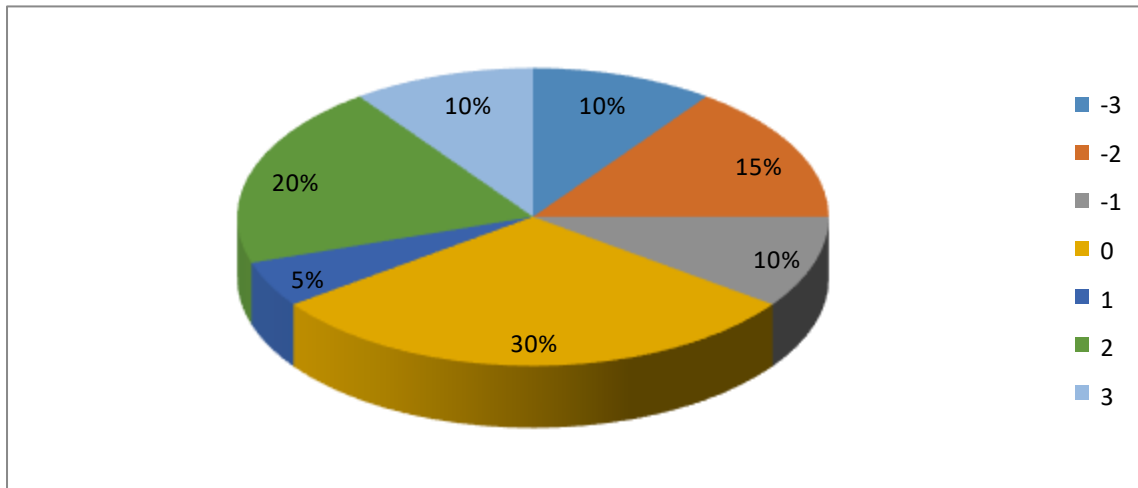


Рисунок 3.15. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя склалося саме так, як я мріяв/Моє життя склалося не так, як я сподівався)

За підсумками дослідження оцінки успішності власного життя 50% опитаних відповіли, що повністю задоволені власними досягненнями. Це свідчить про те, що особи із сексуальними дисфункціями не замикаються в собі через свій діагноз, намагаються прожити своє життя максимально повно. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.16.

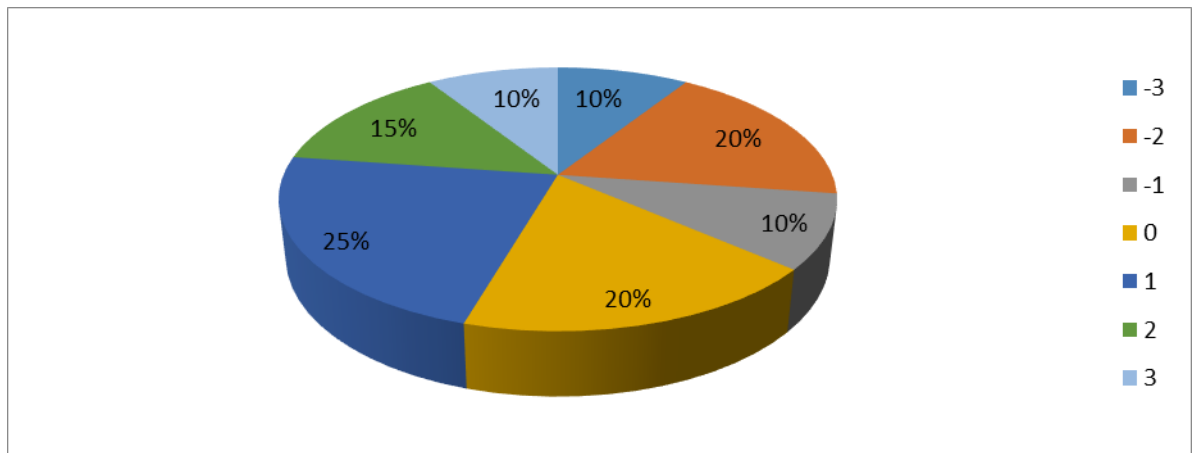


Рисунок 3.16. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я не досягнув успіхів у своїх життєвих планах/Я здійснив переважну більшість того, що запланував)

За підсумками дослідження наповненості життя цікавими справами 65% опитаних відповіли, що їхні будні наповнені цікавими справами. Більш

докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.17.

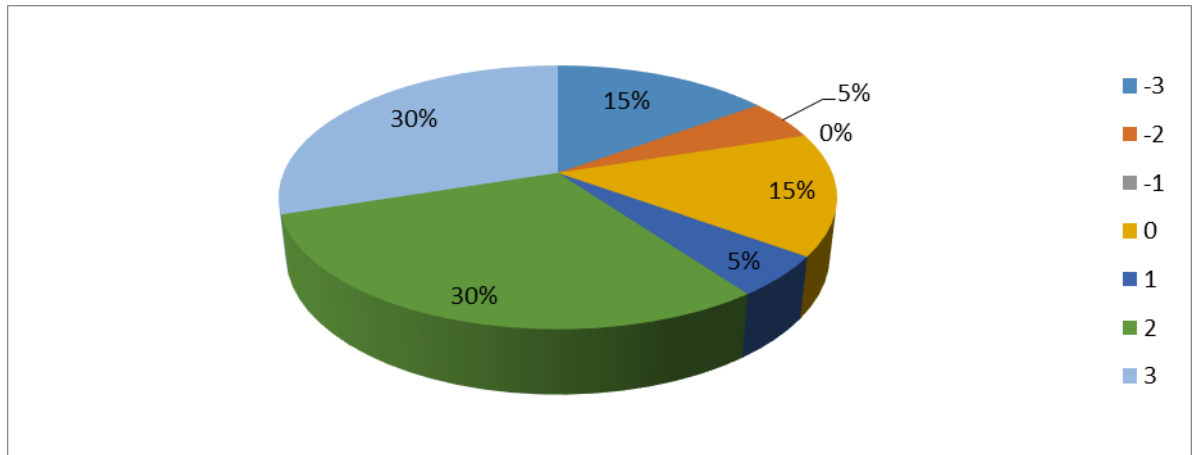


Рисунок 3.17. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя порожнє й нецікаве/Моє життя сповнене цікавими справами)

За результатом дослідження усвідомленості життя більше 40% опитаних вважають, що їхнє життя є цілком усвідомленим та повноцінним. Проте частка респондентів (більше 15%) схиляється до того, що їхнє життя пройшло беззмістовно. На нашу думку, це викликано переживаннями з приводу свого діагнозу, які супроводжують більшість таких осіб із дитинства. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.18.

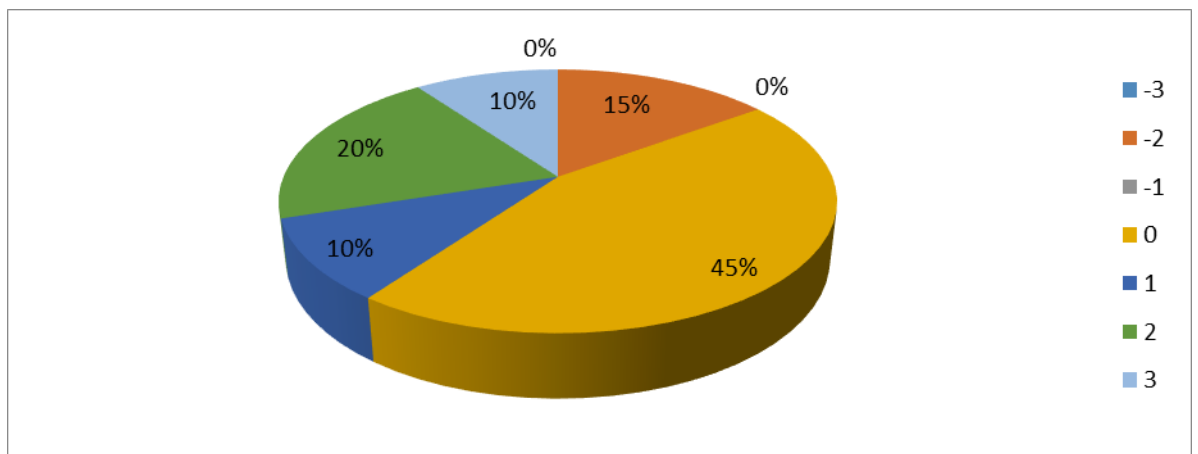


Рисунок 3.18. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя було усвідомленим/Моє життя було неусвідомленим)

Далі особам із сексуальними дисфункціями було запропоновано

відповісти на питання, чи побудували б вони своє життя інакше, якби в них була така можливість. Відзначимо, що 45% опитаних, тобто майже половина від загальної їх кількості, висловилися позитивно з приводу такої перспективи. На нашу думку, це свідчить про певний рівень неблагополуччя у цій групі. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.19.

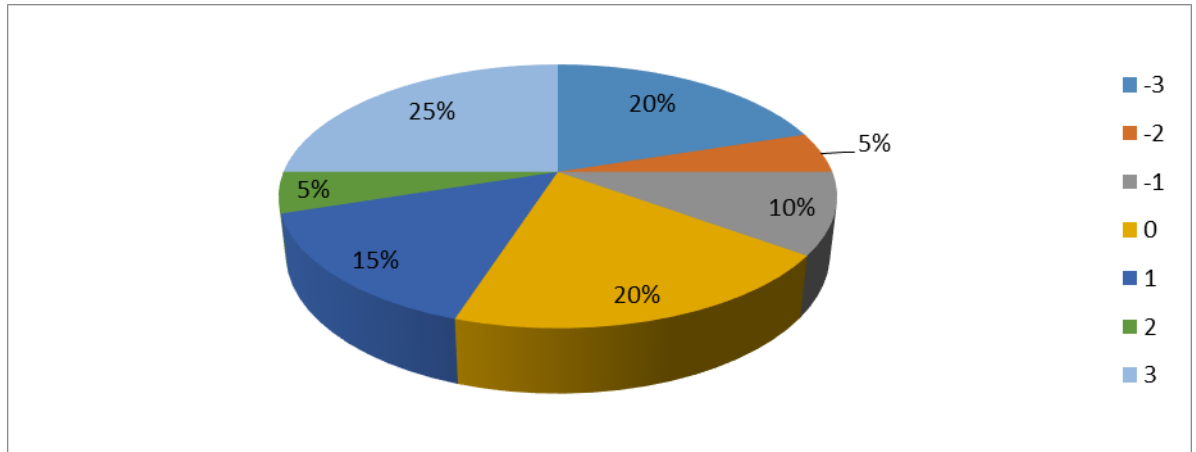


Рисунок 3.19. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я б побудував своє життя інакше/Я б нічого не змінював у своєму житті)

Далі особам із сексуальними дисфункціями було запропоновано оцінити власний рівень тривожності. Респонденти виявили доволі низьку схильність до тривоги: із них 50% дивляться на оточуючий світ спокійно, ще 30% обрали варіант “Важко відповісти”. На нашу думку, це свідчить про те, що відчутна кількість опитаних живе із сексуальною дисфункцією достатньо довго, тобто звикли до нього та не мають зайвих переживань із цього приводу. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.20.

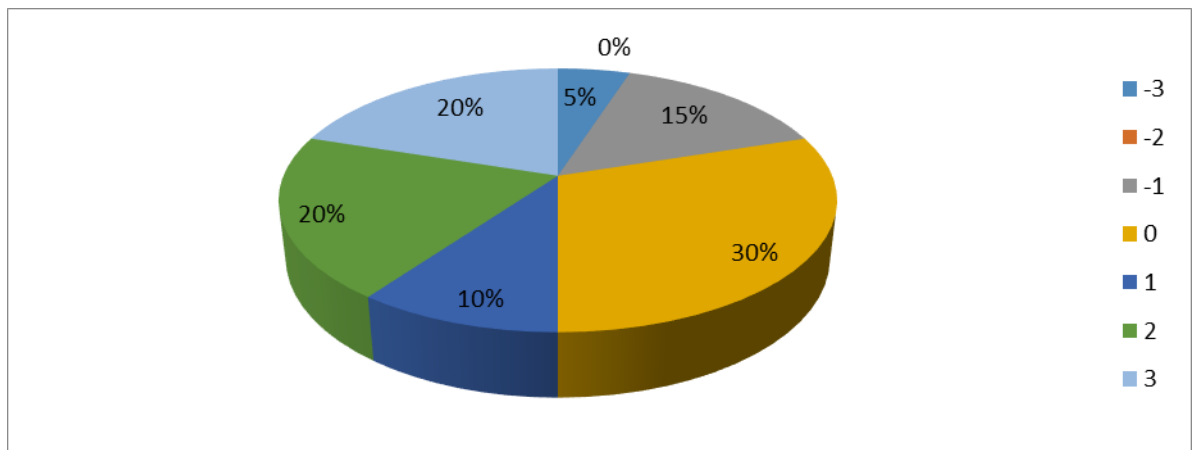


Рисунок 3.20. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я часто відчуваю тривогу/Навколишній світ зовсім не викликає в мене тривоги)

У результаті з'ясування рівня оцінки власної відповідальності жінками із сексуальними дисфункціями було з'ясовано, що респонденти ретельно відносяться до своїх обов'язків. Згідно з результатами опитування, 13, 15% і 20% вважають себе справжніми педантами. Натомість, безвідповідальними себе вважають 40% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Подібні відповіді не викликають подиву, враховуючи, що більшість отримала сексуальну дисфункцію достатньо давно. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.21.

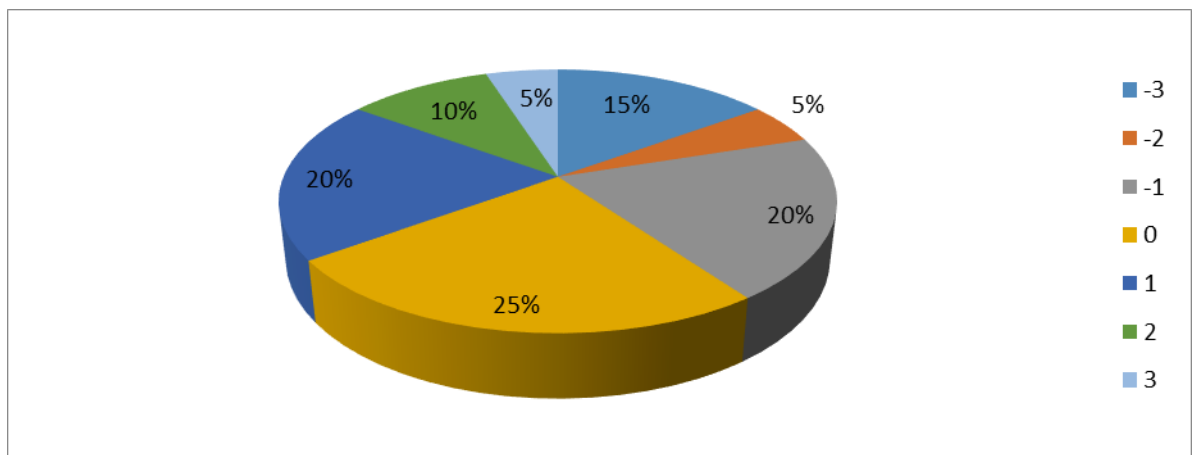


Рисунок 3.21. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я дуже відповідальна людина/Я зовсім не відповідальна людина)

Опитані особи із сексуальними дисфункціями виявили доволі високу схильність до фаталізму.

Слід зауважити, що 45% вважають, що людина не здатна обирати свій життєвий шлях самостійно і що існують багато речей, які від нас не залежать. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.22.

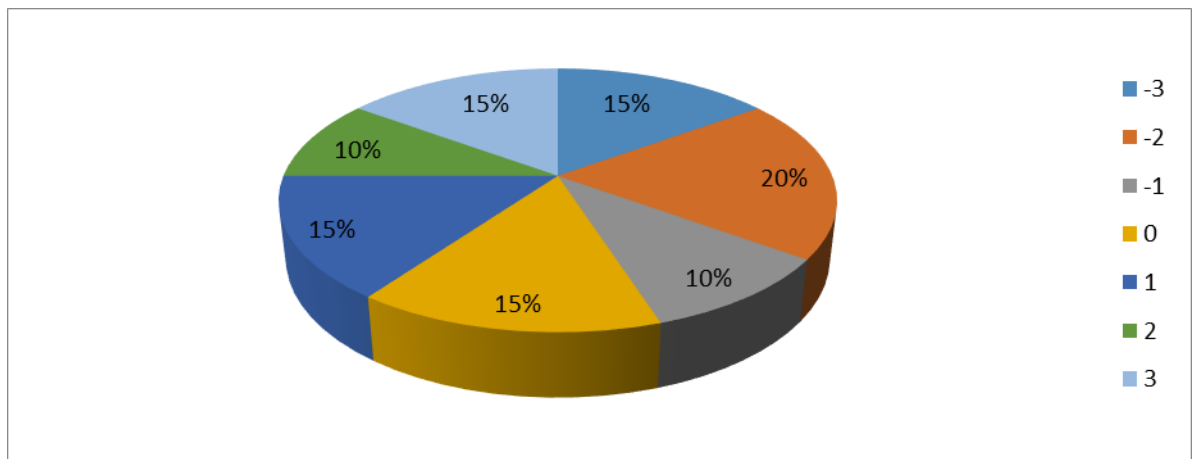


Рисунок 3.22. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Людина може чинити вибір/Людина не може чинити вибір)

Далі особам із сексуальними дисфункціями було запропоновано оцінити рівень власної цілеспрямованості. Відзначимо, що 45% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями вважають, що їм не притаманна цілеспрямованість, а 25% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями демонструють повну байдужість до того, є вони цілеспрямованими, або ні. На нашу думку, це пов'язано із досвідом життя у статусі людини із сексуальними дисфункціями, коли всі плани та прагнення нівелюються постійним ризиком для життя. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.23.

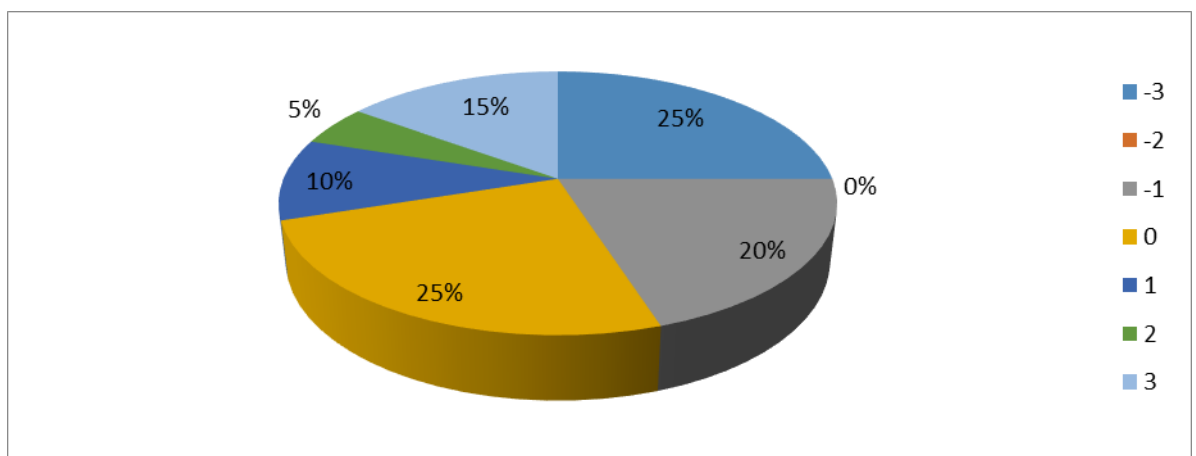


Рисунок 3.23. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я можу назвати себе цілеспрямованою)

людиною/Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною)

Далі особам із сексуальними дисфункціями було запропоновано оцінити результати віднаходження свого місця в сучасному світі. Відзначимо, що 55% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями вважають, що не змогли реалізуватися в житті, що разом із відсотком жінок із сексуальними дисфункціями, які продемонстрували байдужість до віднаходження власного місця в житті (15%), свідчить про негативну оцінку віднаходження власного місця у світі такими респондентами.

Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.24.

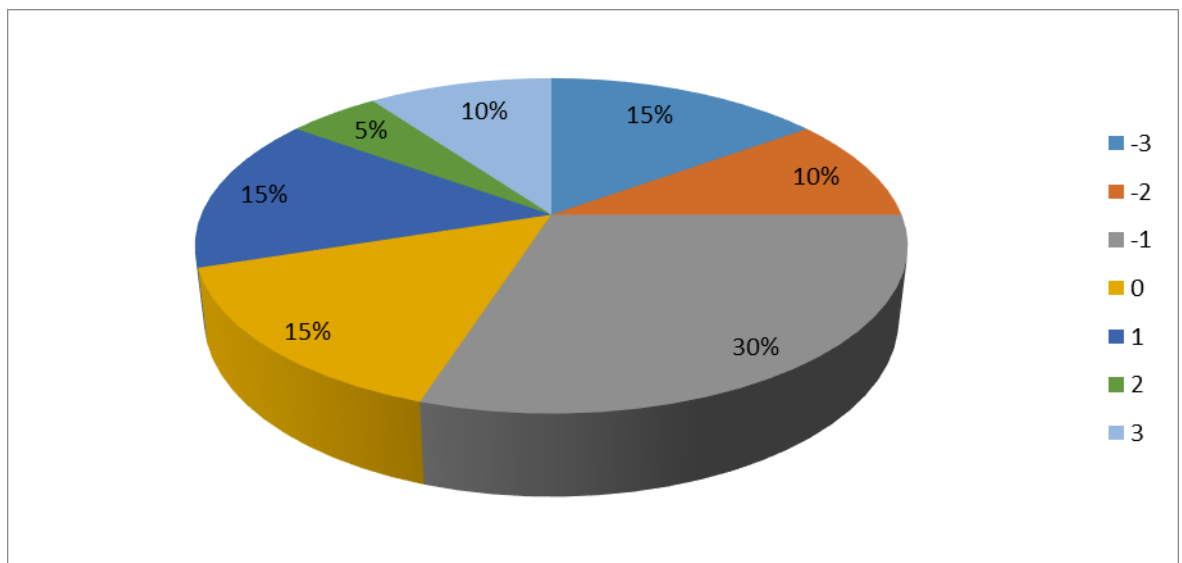


Рисунок 3.24. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я ще не знайшов себе в житті/Я вже знайшов своє призначення)

За підсумками дослідження сформованості життєвих поглядів у групі жінок із сексуальними дисфункціями були отримані такі результати. Так, зокрема 25% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями характеризують свої життєві погляди як цілком сформовані. Індиферентно ставляться до важливості мати сформовані життєві погляди 30% опитаних. На нашу думку, такі результати свідчать про мінливість життєвих установок. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.25.

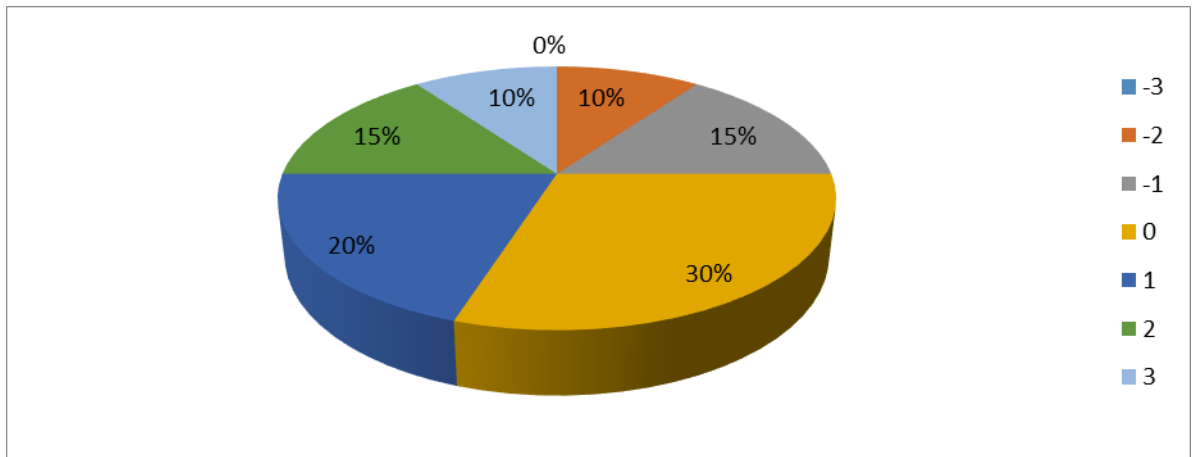


Рисунок 3.25. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Мої життєві погляди ще не визначилися/Я маю цілком визначені життєві погляди)

Далі особам із сексуальними дисфункціями було запропоновано оцінити можливість знаходження певного зацікавлення, що вплинуло б на зміни в їхньому житті. Тут відзначаємо досить сумний результат з огляду на те, що 35% опитаних оцінили свої спроби в пошуку зацікавлень як негативні, а ще 35% висловили індиферентність до таких пошуків. У підсумку, 70% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями не вірять у те, що можуть знайти для себе зацікавлення в житті. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.26.

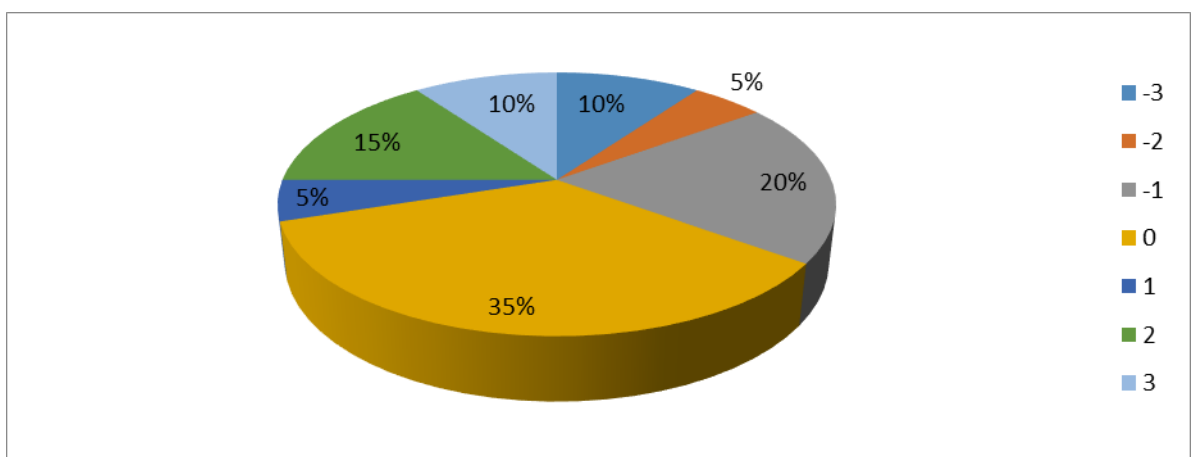


Рисунок 3.26. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я знайшов зацікавлення в житті/Я навряд чи можу знайти зацікавлення в житті)

Далі особам із сексуальними дисфункціями було запропоновано оцінити здатність контролювати власне життя. Слід зауважити, що 35% респондентів сумніваються у тому, що тримають своє життя під контролем і вважають, що воно керується певною силою ззовні. На нашу думку, це викликано тим, що ці люди звикли, що їхнє життя багато в чому залежить від зовнішніх чинників, зокрема, допомоги лікарів або певних надприродних сил (віра в Бога). Проте більшість не віддає себе цілком у руки долі та організовує життя так, щоб воно було цікавим. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.27.

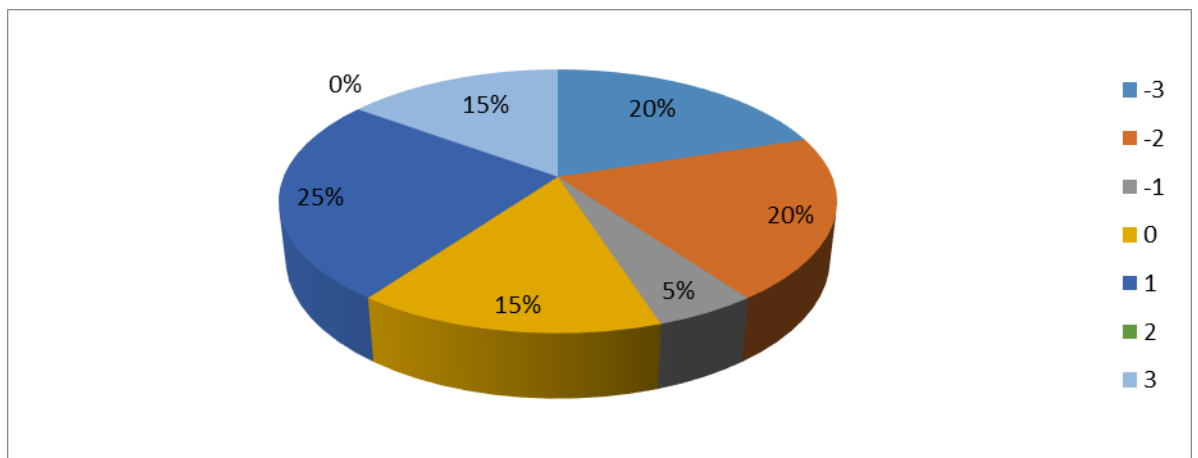


Рисунок 3.27. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я керую своїм життям/Моїм життям керують обставини)

Далі учасникам дослідження було запропоновано з'ясувати, наскільки вони отримують задоволення від своїх повсякденних справ. З-поміж усіх опитаних 35% відповіли, що повсякденні справи приносять їм задоволення і лише 15% проводять свій час у переживаннях. Такі результати можуть свідчити про те, що респонденти вже звикли до свого статусу й не звертають особливої уваги на проблеми довкола, намагаючись жити настільки повноцінним життям, наскільки це можливо. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.28.

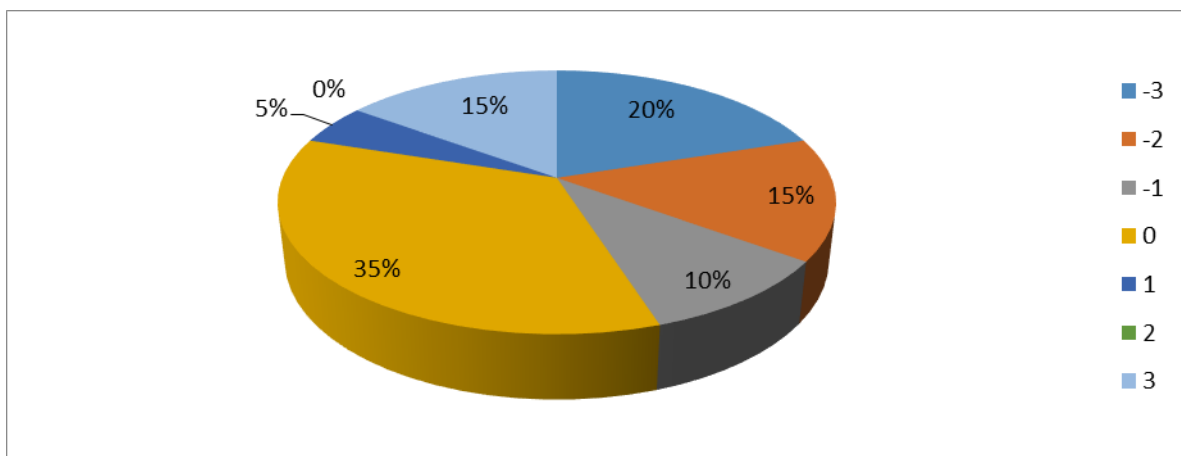


Рисунок 3.28. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я отримую задоволення від своїх повсякденних справ/Я розчарований своїми повсякденними справами)

Отже, можна відзначити, що за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» велика кількість учасників продемонструвала високий рівень цілеспрямованості, відповідальності.

### 3.3. Психологічні особливості жінок з сексуальними дисфункціями

За підсумками використання методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна) у групі жінок із сексуальними дисфункціями були отримані такі результати.

За шкалою «Орієнтація на процес» було зафіксовано перевагу показників низького (40% опитаних) та середнього (40% опитаних) рівнів. Для представників зазначених рівнів не є важливим те, наскільки цікавим є завдання, які вони виконують, адже для них ключовою постає саме мета, із якою виконується те чи інше поставлене завдання. Вони не бажають закидати процес виконання завдання навіть тоді, коли він стає нецікавим, адже для них найголовніше – досягти поставленої мети. Таким людям значно складніше впоратися із виконанням завдань, де вимагається максимальна увага до самого процесу, оскільки вони є настільки раціональними, що не можуть переконати себе виконувати роботу, яка не пов'язана із досягненням

певного результату. 20% учасників дослідження, втім, продемонстрували показники, співвідносні з високим рівнем. Для них процес виконання завдання є настільки важливим, що вони іноді здатні знехтувати термінами подачі готового результату, аби вповні насолодитися процесом виконання завдання.

Співвідношення отриманих за шкалою «Орієнтація на процес» результатів представлено на рисунку 3.29.

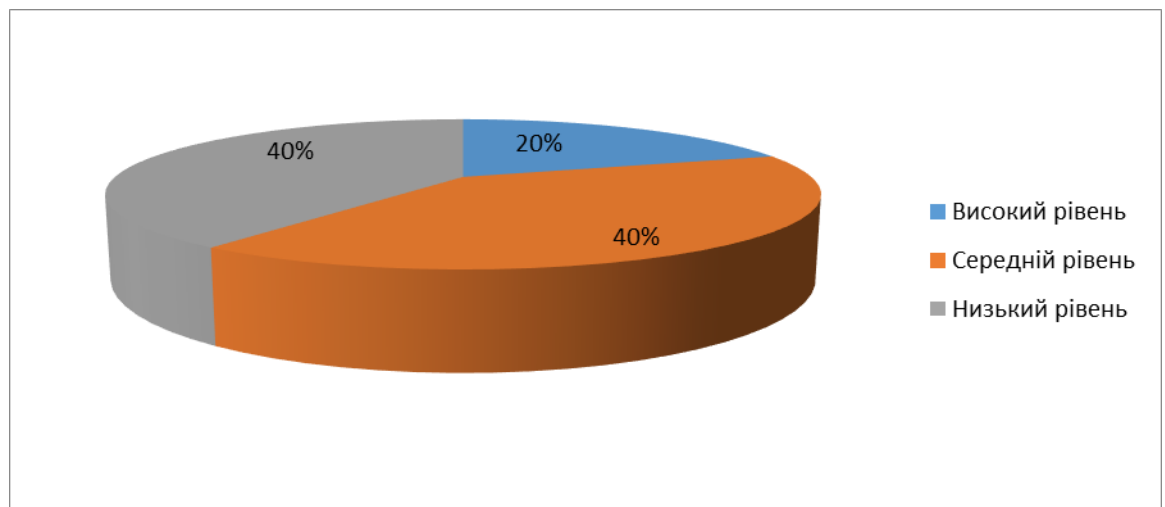


Рисунок 3.29. Результати відповідей за шкалою «Орієнтація на процес» методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)

За шкалою «Орієнтація на результат» у групі жінок із сексуальними дисфункціями, було зафіксовано перевагу показників високого (50% опитаних) та середнього (40% опитаних) рівнів. Представники зазначених рівнів прагнуть досягнення результату у власній діяльності попри всі перешкоди, яких їм завдає хвороба. Вони намагаються при виконанні завдання відсувати на другий план і не помічати жодні подразники, не зважати на метушню й невдачі. Проте такий підхід до виконання поставлених завдань має й побічний ефект – часто при його практикуванні не помічаються та ігноруються потреби інших людей. Окрім того, особи із сексуальними дисфункціями, беручи на себе велику відповідальність, часто не зважають на ті моменти, коли поблажливість до себе дійсно необхідна,

втрачаючи увагу до них перед обличчям необхідності результативності власної діяльності. 10% опитаних осіб продемонстрували низькі показники за шкалою «Орієнтація на результат», зауваживши, що надають перевагу самому процесу виконання завдання, а результат для них не настільки цікавий.

Співвідношення отриманих за шкалою «Орієнтація на результат» показників представлено на рисунку 3.30.

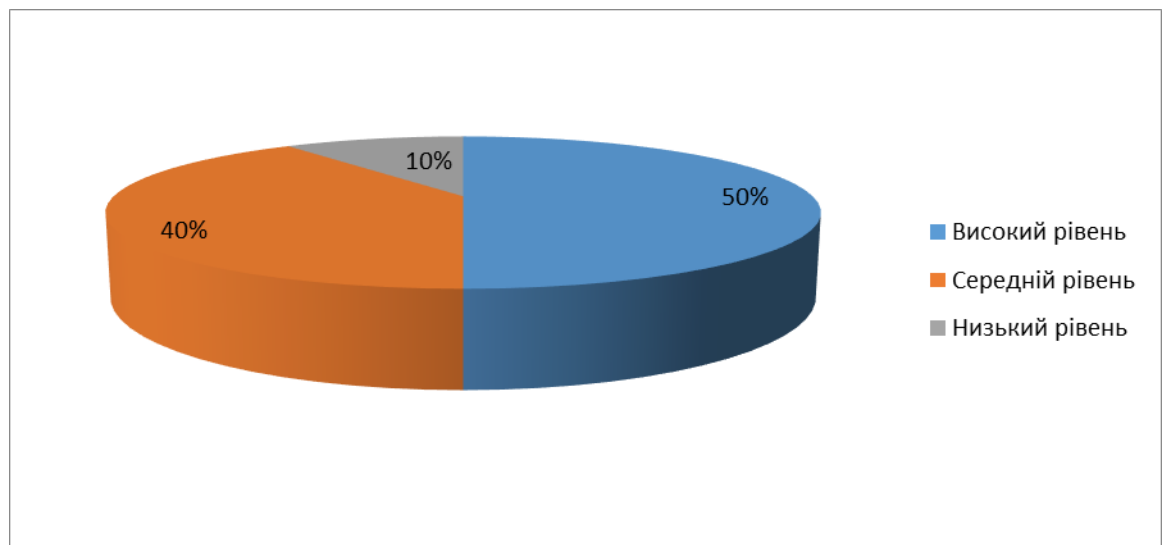


Рисунок 3.30. Результати відповідей за шкалою «Орієнтація на результат» методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)

За шкалою «Орієнтація на альтруїзм» у групі жінок із сексуальними дисфункціями, було зафіксовано перевагу показників середнього (30% опитаних) та низького (40% опитаних) рівнів. Представники зазначених рівнів загалом здатні на альтруїстичні вчинки, проте така здатність переважно є ситуативною, й постійно сподіватися на її вияви є справою марною. Здебільшого їхня діяльність спрямована на досягнення індивідуального результату, здобуття індивідуальної вигоди, тому якщо вони й дають згоду попрацювати заради спільного добробуту, то лише тому, що цей добробут так чи інакше позитивно вплине на їх індивідуальний добробут. Однак 30% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями дали за цією

шкалою відповіді, що є співвідносними з показниками високого рівня альтруїстичної орієнтації. Вони можуть бути вельми корисними для оточення та почуватися щасливими від того, що працюють на благо суспільства.

Співвідношення отриманих за шкалою «Орієнтація на альтруїзм» показників представлено на рисунку 3.31.

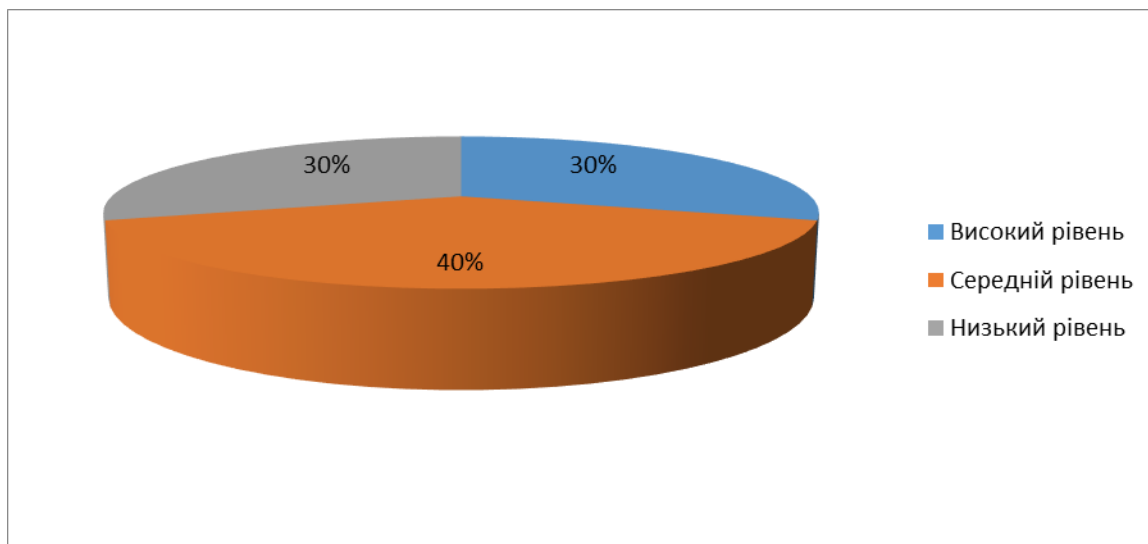


Рисунок 3.31. Результати відповідей за шкалою «Орієнтація на альтруїзм» методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)

За шкалою «Орієнтація на егоїзм» у групі жінок із сексуальними дисфункціями, було зафіксовано перевагу показників високого (50% опитаних) та середнього (40% опитаних) рівнів. Представники зазначених рівнів демонструють домінування під час прийняття рішень їх наслідків особисто для себе. В цьому випадку слід говорити, скоріше за все, про перевагу розумного егоїзму, адже протягом життя жінки з сексуальними дисфункціями мають постійно вираховувати наслідки власних учинків, аби це не призвело до погіршення їх поточного стану, отже, вони просто не можуть дозволити собі бути надмірно легковажними. 10% опитаних осіб, утім, продемонстрували показники, співвідносні з низьким рівнем егоїзму. Такі показники, хоч і можуть видатися ознакою благородності й відкритості для контактів із людьми, насправді є потенційно шкідливою для хворої

людини поведінкою, оскільки їй необхідно думати перш за все про власний стан здоров'я.

Співвідношення отриманих за шкалою «Орієнтація на егоїзм» показників представлено на рисунку 3.32.

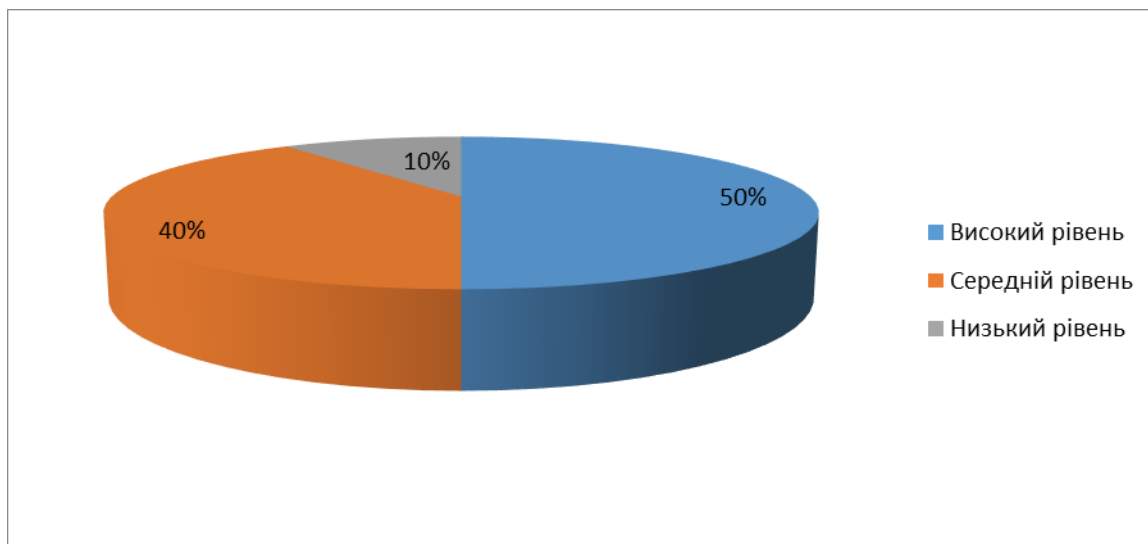


Рисунок 3.32. Результати відповідей за шкалою «Орієнтація на егоїзм» методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)

За шкалою «Орієнтація на працю» у групі жінок із сексуальними дисфункціями, показники розподілилися таким чином. 60% опитаних осіб продемонстрували середній рівень орієнтації на працю. З одного боку, наявність праці як такої є для них дуже важливою, адже протягом свого життя вони звикли працювати, відчувати, що вони зайняті потрібною справою, схвалюваною суспільством і керівництвом. Із іншого боку, для них є цінною не кожна праця, а лише та, що приносить матеріальний прибуток. У цьому плані вони зближуються з учасниками дослідження, які продемонстрували низький рівень орієнтації на працю (20%). У свою чергу, для представників високого рівня орієнтації на працю (20%) відзначається домінування позитивного сприйняття праці як такої. Для них є незначною результативність самої праці, вони можуть погодитися продовжувати роботу, навіть якщо вона не матиме конкретної мети та не буде гідним чином оплачуватися.

Співвідношення отриманих за шкалою «Орієнтація на працю» показників представлено на рисунку 3.33.

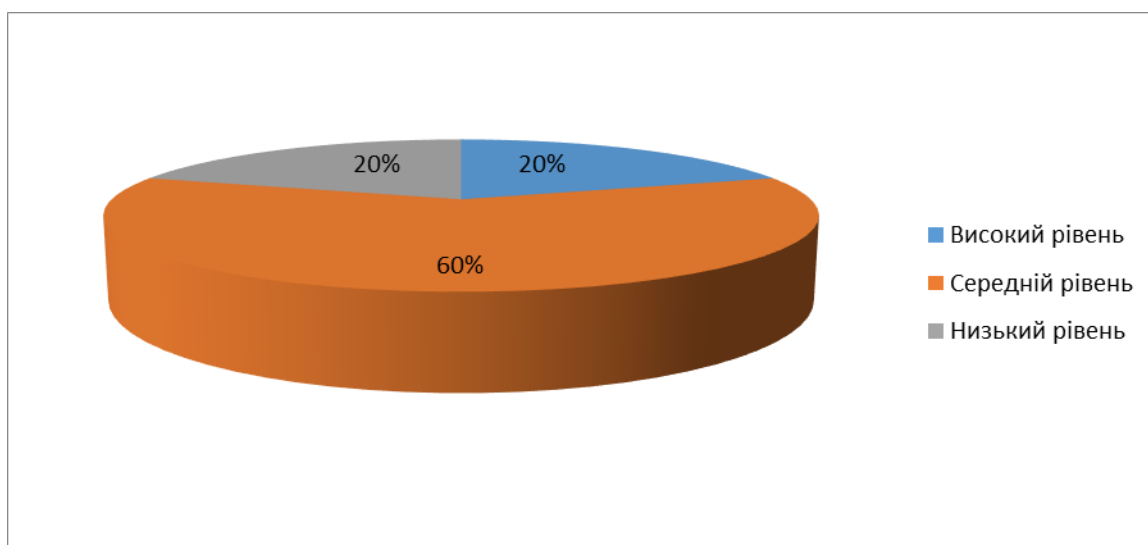


Рисунок 3.33. Результати відповідей за шкалою «Орієнтація на працю» методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)

За шкалою «Орієнтація на гроші» у групі жінок із сексуальними дисфункціями, показники розподілилися таким чином. Домінантними постають високий (50%) та середній (30%) рівні орієнтації на гроші. 20% опитаних показали за цією шкалою низький рівень. Для осіб, що продемонстрували показники, співвідносні з зазначеними рівнями, ключовим є покращення власного добробуту, забезпечення необхідного рівня його постійного стану, тому вони й орієнтовані на постійне заробляння грошей, і готові без жалю залишити роботу, яка не приносить постійних прибутків. При цьому гроші для таких людей є цінними самі по собі, а не лише як можливість придбати що-небудь. Вони передусім цінують власну можливість заробляти.

Співвідношення отриманих за шкалою «Орієнтація на гроші» показників представлено на рисунку 3.34.

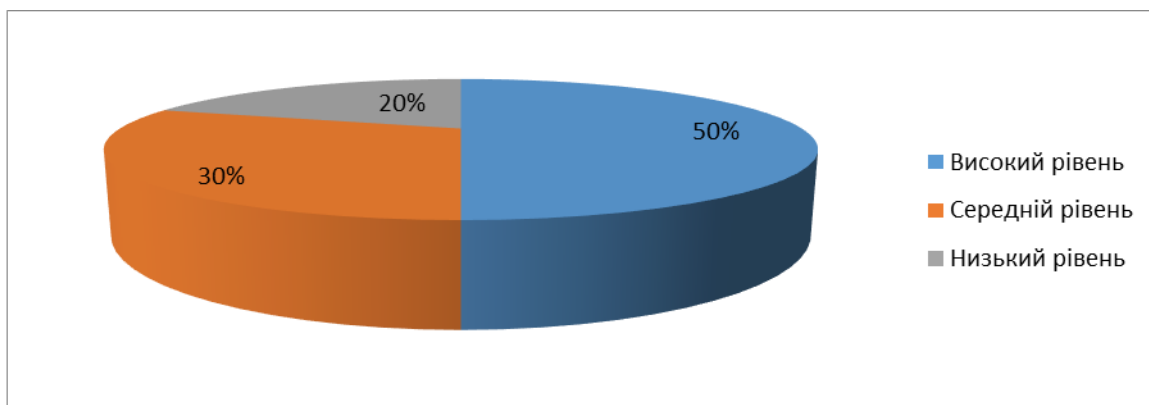


Рисунок 3.34. Результати відповідей за шкалою «Орієнтація на гроші» методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)

За шкалою «Орієнтація на волю» у групі жінок із сексуальними дисфункціями, були отримані такі показники. Перевагу за цією шкалою мали показники середнього та низького рівнів (50% та 30% відповідно). Іншими словами, для них головним є результат, а певні незручності вони завжди можуть перетерпіти. Проте 20% опитаних, які продемонстрували високі показники за цією шкалою, на перше місце все-таки ставлять важливість вираження власної волі, тому для них будь-які обмеження на шляху до її втілення в життя є неприпустимими.

Співвідношення отриманих за шкалою «Орієнтація на волю» показників представлено на рисунку 3.35.

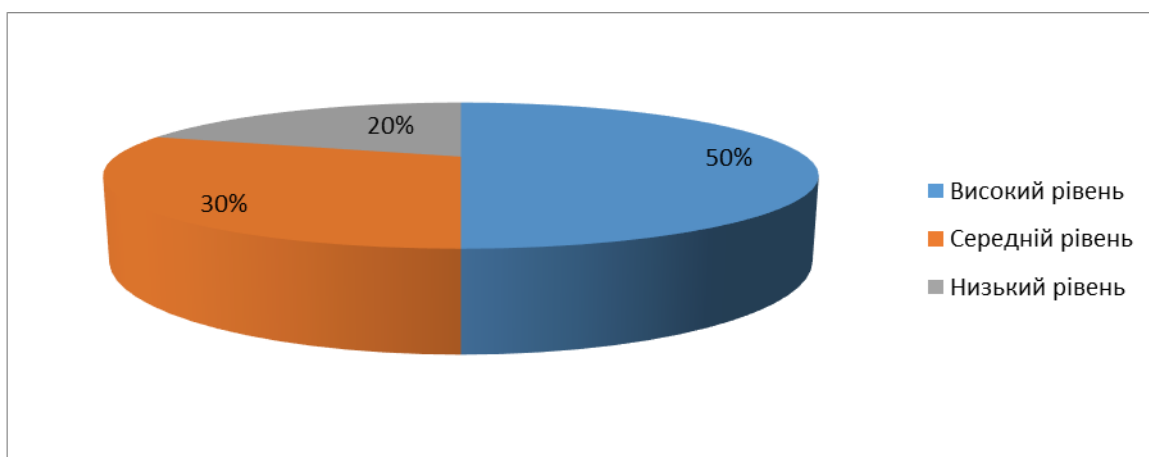


Рисунок 3.35. Результати відповідей за шкалою «Орієнтація на волю» методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)

За шкалою «Орієнтація на владу» у групі жінок із сексуальними дисфункціями, були отримані такі показники. Перевагу за цією шкалою мали показники високого (60%) та середнього рівнів (20%). Це означає, що здебільшого особи із сексуальними дисфункціями прагнуть здійснювати контроль над власним оточенням, справляти на нього вплив, необхідний для досягнення власних цілей, реалізації поставлених завдань. Для 20% опитаних, натомість, є актуальними показники низького рівня, себто, можна відзначити, що їх цікавить переважно можливість бути незалежними під час виконання роботи

Співвідношення отриманих за шкалою «Орієнтація на владу» показників представлено на рисунку 3.36.

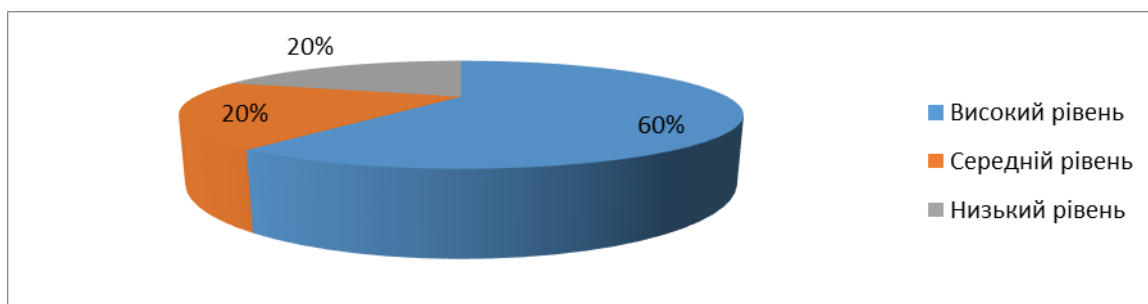


Рисунок 3.36. Результати відповідей за шкалою «Орієнтація на владу» методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)

Отже, за підсумками використання методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна) у групі жінок із сексуальними дисфункціями були відзначені такі закономірності. Відзначено перевагу орієнтації на досягнення результату, що пов'язується із високими показниками за шкалою орієнтації на егоїзм. Високі показники орієнтації на владу корелюють із високими показниками за шкалою «орієнтація на гроші». Такі результати демонструють, що для жінок із сексуальними дисфункціями головними

постають ті соціально-психологічні установки й потреби, які здатні забезпечити максимальну увагу до їх захворювання та гарантувати наявність можливостей та коштів, аби мінімізувати негативні наслідки зазначених захворювань.

За підсумками використання методики діагностики ірраціональних настанов А. Елліса були отримані такі результати.

За шкалою «катастрофізація» було визначено закономірності сприйняття жінками із сексуальними дисфункціями різних негативних подій. За цією шкалою в групі опитаних осіб домінують показники низького рівня (60%), що означає схильність оцінювати кожен негативну подію як жахливу й таку, що наділена неймовірно поганим впливом на перебіг життя людини. 30% опитаних осіб продемонстрували середній рівень за шкалою «катастрофізація». Вони тверезо оцінюють вплив негативних подій на перебіг свого життя, орієнтуючись на конкретну ситуацію. Високі показники за шкалою «катастрофізація» були продемонстровані 10% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями. Ці особи характеризуються легким сприйняттям негативних подій у власному житті. Для них не є характерною схильність до надмірної драматизації впливу цих подій на своє життя, вони із гумором оцінюють їх виникнення та перебіг.

Співвідношення отриманих за шкалою «катастрофізація» показників представлено на рисунку 3.37.

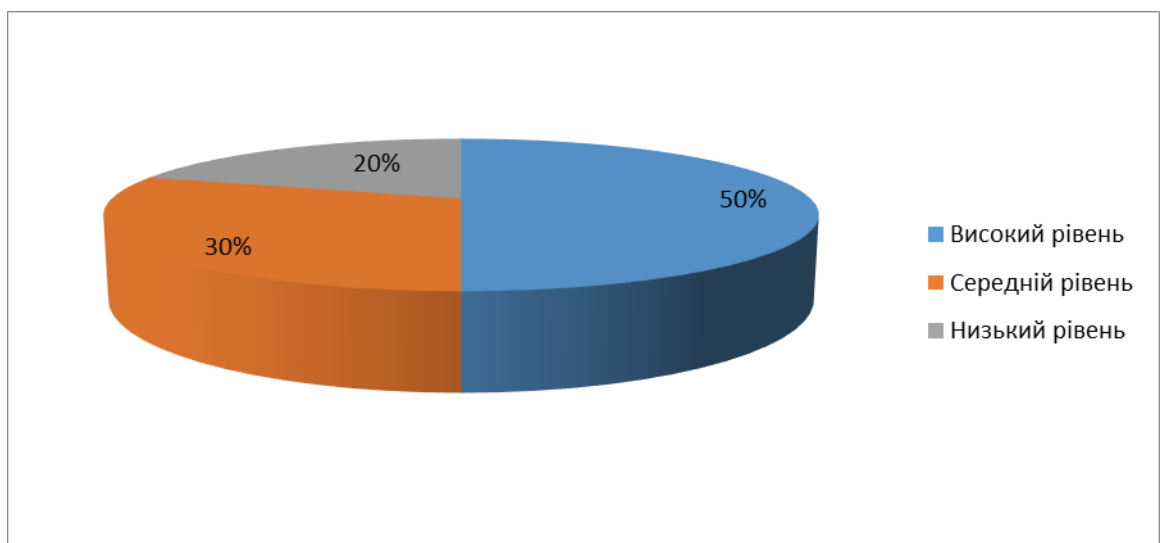


Рисунок 3.37. Результати відповідей за шкалою «катастрофізація» методики діагностики ірраціональних настанов А. Елліса

За шкалою «відчуття боргу відносно себе» було визначено закономірності оцінки жінками із сексуальними дисфункціями вимог до себе. За цією шкалою в групі опитаних осіб домінують показники високого (50%) та середнього (30%) рівнів, що означає схильність вимагати від себе за максимально високими критеріями. 20% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями демонструють низький рівень вимогливості до себе, вважаючи, що через наявність у них сексуальної дисфункції інші люди мають ставитися до них поблажливіше.

Співвідношення отриманих за шкалою «відчуття боргу відносно себе» показників представлено на рисунку 3.38

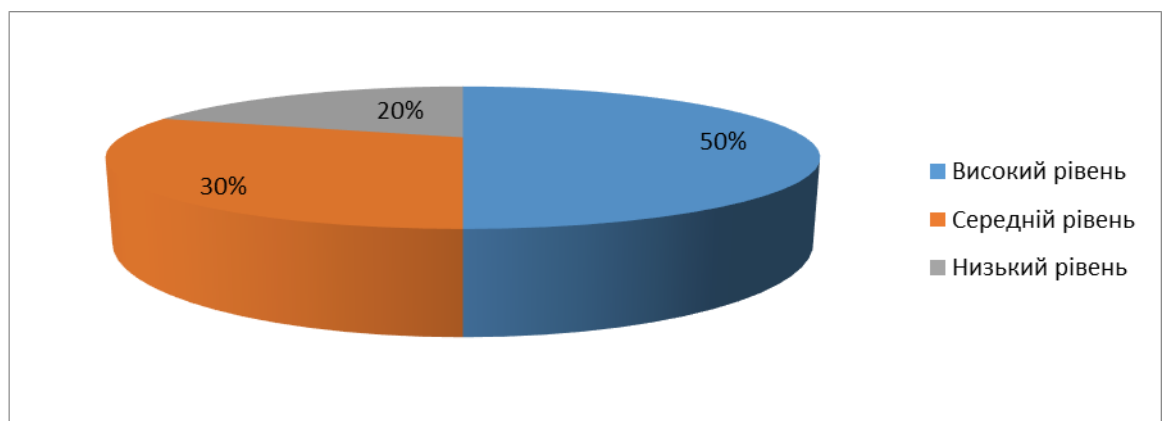


Рисунок 3.38. Результати відповідей за шкалою «відчуття боргу відносно себе» методики діагностики ірраціональних настанов А. Елліса

За шкалою «відчуття боргу відносно інших» було визначено закономірності оцінки жінками із сексуальними дисфункціями вимог до інших. За цією шкалою в групі опитаних осіб домінують показники високого (40%) та середнього (40%) рівнів, що означає схильність до максимальної вимогливості відносно оточуючих. 20% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями, натомість, демонструють низький рівень вимогливості до інших.

Співвідношення отриманих за шкалою «відчуття боргу відносно інших» показників представлено на рисунку 3.39

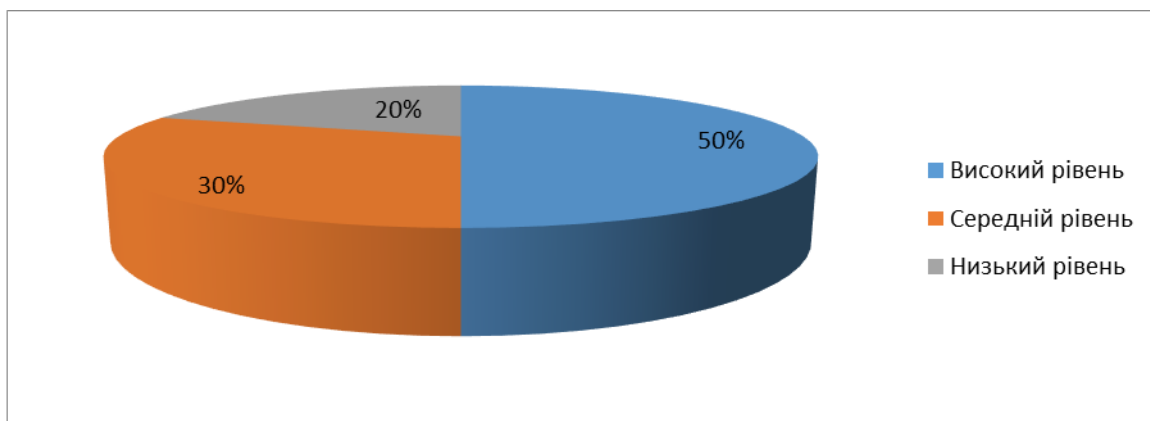


Рисунок 3.39. Результати відповідей за шкалою «відчуття боргу відносно інших» методики діагностики ірраціональних настанов А. Елліса

За шкалою «оцінна настанова» було визначено закономірності фрустраційної толерантності в жінок із сексуальними дисфункціями вимог до інших. За цією шкалою в групі опитаних осіб домінують показники низького рівня (60%), що демонструє низьку схильність до непомітного подолання різноманітних фрустрацій. 20% опитаних продемонстрували за цією шкалою середній рівень, що означає здатність до подолання різноманітних фрустрацій залежно від ситуацій, у яких вони виникають. 20% опитаних жінок із сексуальними дисфункціями продемонстрували низький рівень за шкалою «оцінна настанова», що означає високий рівень здатності до подолання фрустрацій незалежно від ситуацій, у яких вони виникають.

Співвідношення отриманих за шкалою «оцінна настанова» показників представлено на рисунку 3.40

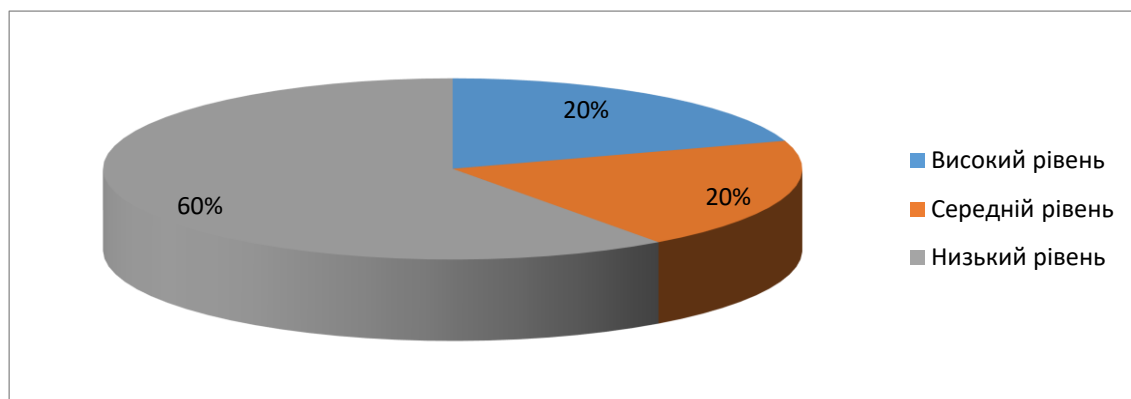


Рисунок 3.40. Результати відповідей за шкалою «оцінна настанова» методики діагностики ірраціональних настанов А. Елліса

Отже, за методикою діагностики ірраціональних настанов А. Елліса було відзначено тяжіння представників групи жінок із сексуальними дисфункціями до загальної наявності ірраціональних настанов, які, втім, не справляють ключового впливу на їх поведінку.

В якості методів математичної обробки для встановлення достовірності отриманих відомостей нами було застосовано розрахунок коефіцієнту кореляції Пірсона, обрахування якого відбувалося за допомогою програми SPSS Statistica.

Результати кореляційного аналізу між показниками за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка і методикою діагностики ірраціональних настанов А. Елліса представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Таблиця розрахунку кореляції за допомогою програми SPSS Statistica 24

(між показниками за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка і методикою діагностики ірраціональних настанов А. Елліса)

	Катастрофізація	Відчуття боргу відносно себе	Відчуття боргу відносно інших	Оцінна настанова
Тривожність	<b>0,39*</b>	<b>0,239</b>	<b>0,038</b>	<b>0,429*</b>
Фрустрація	<b>-0,387*</b>	<b>-0,013</b>	<b>0,233</b>	<b>-0,081</b>
Агресивність	<b>0,365*</b>	<b>0,103</b>	<b>-0,311</b>	<b>-0,085</b>
Ригідність	<b>0,263</b>	<b>0,177</b>	<b>-0,126</b>	<b>0,381</b>

$p \leq 0,05$

За підсумками кореляційного аналізу було констатовано, що показник «тривожність» має прямий кореляційний зв'язок із показником «катастрофізація» ( $p < 0,637$ ,  $t < 0,001$ ). Показник «ригідність», у свою чергу,

негативно корелює із показником «відчуття боргу відносно інших» ( $r < -0,466, t < 0,005$ ).

### Висновки до розділу 3

1. Для правильного визначення напрямків та форм роботи з вивчення психологічних особливостей жінок із сексуальними дисфункціями було необхідно спочатку визначити поточний рівень за названим показником. З цією метою було проведене емпіричне дослідження психологічних особливостей жінок із сексуальними дисфункціями.

У роботі використовувалися такі методики:

1. Тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка;
  2. П'ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрає, П. Коста);
  3. «Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтєва) (додаткова);
  4. Методика «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна)
  5. Методика діагностики ірраціональних настанов А. Елліса.
2. За підсумками проведеного дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» було виявлено домінування середніх показників. Це означає тяжіння до ситуативності у вираженні оцінюваних станів особистості (тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності) залежно від впливу зовнішніх та внутрішніх чинників.
  3. За підсумками використання тесту «Велика П'ятірка» було виділено такі домінанти особистості учасників дослідження. Так, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» було відзначено домінування низького рівня залученості до зовнішнього світу, що вказує на вияв інтроверсії та відсутність сильної вкоріненості до соціуму, залежності від нього. У граничних виявах така тенденція засвідчує небажання та неможливість установлювати соціальні контакти. За шкалою «Прив'язаність» також домінував низький рівень виявленості, пов'язаний із високорозвиненою

егоцентричністю, відсутністю переживань стосовно колективних інтересів. Шкала «Самоконтроль» продемонструвала перевагу низьких показників, що пов'язані з відсутністю схильності до самоорганізації й дисципліни, слабкохарактерністю. Високі показники за шкалою «Нейротизм» свідчать про здатність жінок із сексуальними дисфункціями глибоко переживати емоції, переважно, власні. Низький рівень «відкритості новому досвіду» підтверджує заглибленість жінок із сексуальними дисфункціями у внутрішні переживання.

4. За методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» велика кількість учасників продемонструвала високий рівень цілеспрямованості, відповідальності.
5. За підсумками використання методики «Діагностика соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері» (О. Потьомкіна) у групі жінок із сексуальними дисфункціями були відзначені такі закономірності. Відзначено перевагу орієнтації на досягнення результату, що пов'язується із високими показниками за шкалою орієнтації на егоїзм. Високі показники орієнтації на владу корелюють із високими показниками за шкалою «орієнтація на гроші». Такі результати демонструють, що для жінок із сексуальними дисфункціями головними постають ті соціально-психологічні установки й потреби, які здатні забезпечити максимальну увагу до їх захворювання та гарантувати наявність можливостей та коштів, аби мінімізувати негативні наслідки зазначених захворювань.
6. За методикою діагностики ірраціональних настанов А. Елліса було відзначене тяжіння представників групи жінок із сексуальними дисфункціями до загальної наявності ірраціональних настанов, які, втім, не справляють ключового впливу на їх поведінку.

## ВИСНОВКИ

Сексуальна дисфункція – це проблема, яка може виникати на будь-якій фазі сексуального реагування, це заважає отримувати задоволення від сексуальної активності.

У забезпеченні сексуального здоров'я важливу роль відіграють : статеве виховання, психосексуальний розвиток, анатомічні особливості та психологічне здоров'я. За порушенням одного з вищевказаних компонентів у жінки можуть з'являтися сексуальні дисфункції, щ впливає на її статеве та соціальне життя.

Теоретичний аналіз наукових досліджень показує, що тема сексуальних дисфункцій жінок є актуальною у сьогоденні. Проблема сексуальних дисфункцій є одним з найбільш актуальних в загальному контексті основних напрямів роботи психолога з сімейними парми чи з жінкою окремо.

Для досягненні мети дослідження, яка була сформульована як визначення впливу статевого виховання та психосексуального розвитку на сексуальне життя в майбутньому, розглядання теоретичних основ психологічного аспекту сексуальних дисфункцій, та вивчення методів психологічної допомоги було проаналізовано психологічну та сексологічну літературу, для діагностики та допомоги жінкам, які мають статеві розлади.

Теоретичний аналіз проблеми психологічного аспекту сексуальних дисфункцій як умови сексуального та соціального здоров'я дозволили зробити наступні висновки: сексуальне здоров'я формується з дитинства, за це відповідають безліч психологічних та фізичних факторів (психологічні чинники включають порушення настрою, вплив минулих переживань, побоювання з приводу негативних наслідків, певні особисті обставини жінки (наприклад, низька сексуальна самооцінка), а також подразники, що відволікають; фізичні фактори включають стан статевих органів, системні та гормональні фактори, а також прийом лікарських препаратів.

Для діагностики та допомоги жінці з даною проблемою використовують медіативні практики, когнітивно-поведінкову терапію, методики на самопізнання. Іноді необхідна робота психолога з партнером.

Отже, психологічна терапія використовується при всіх формах статевих розладів, але її частка в комплексі лікувальних заходів далеко не завжди однакова. Це і зрозуміло, оскільки сексуальні дисфункції в одних випадках є переважно психогенними, а в інших – соматогенними.

За наявності сексуальних дисфункцій якість життя жінки погіршується не тільки в відносинах з чоловіками, а також у відносинах з іншими, її мотивація, самооцінка, самоцінність знижуються.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонян Ю. М., Ткаченко О. А., Шостакович Б. В. Кримінальна сексологія. - М.: Спарк, 1999. - 464 с.
2. Артифекс С. Б. Сексуальна медицина. - М.: Мед. книга, 2006. - 236 с.
3. Бабюк І. А., Табачников С. І., Седнєв В. В., Зайцев А. А., Селезньова Г. А. Кримінальна сексологія // За заг. ред. проф. І. А. Бабюка. - Донецьк; К.: ПРОФІ-Донецька, 2003. - 224 с.
4. Будницька О. А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючих ситуаціях: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07. К., 2002. 19 с.
5. Вакуленко Л. М. Особливості психічних типів реагування у хворих з вестибулярною дисфункцією. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т.7. Вип.20. Ч. 1. С. 55-58.
6. Васильченко Г. С. Приватна сексопатологія. - Т. І. - М.: Медицина, 1983. - 304 с.
7. Васильченко Г. С. Приватна сексопатологія. - Т. ІІ. - М.: Медицина, 1983. - 352 с.
8. Гульман Б. Л. Сексуальні злочини. - Харків: ІМП Рубікон, 1994. - 124 с.
9. Дроботун О. С. Вплив хронічного соматичного захворювання на особистісні зміни підлітків. *Психологічні науки*. 2014. Вип. 103. С. 85-89.
10. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219
11. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. – Дрогобич : Посвіт, 2015. – 116 с.
12. Клиническое руководство по психическим расстройствам. Под ред.. Барлоу Д. 3-е издание. – СПб: Питер, 2008. – 912 с

13. Комер Р. «Основи патопсихології», 2001 - 188
14. Кон І.С. «Введення в сексологію» :науковий посібник. – М. Олімп, ІНФРА М. 1999 – 111 с.
15. Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: Навчальний посібник.- Харків: Фоліо,2008.- 482-550 с
16. Лісова О. С. Психокорекція дезадаптивних типів внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу. *Медицинская психология*. 2008. Т.3, № 1. С. 44-50.
17. Макарчук, М. Ю., Куценко, Т. В., Кравченко В.І., Данилов С.А. Психофізіологія: навчальний посібник / М. Ю. Макарчук, Т. В. Куценко, В.І. Кравченко, С.А.Данилов – К. : ООО «Інтерсервіс» , 2011. – 229 с.
18. Максименко К. С. Подолання негативних психічних станів у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями на основі принципу креативності. *Проблеми сучасної психології*. 2019. № 16. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2012-16.%p>
19. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. – Вид. 3-тє. – Луцьк : Вежа-Друк, 2017. – 420 с. *Нормальна та кримінальна сексологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. П. Чуприков, Б. М. Цуприк. — К. : ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. — 252 с. — Бібліогр. : с. 250–251.*
20. «Основи сексології та сексопатології» / упоряд. Г.М. Кожина, Н.В.Георгієвська, І.В.Лещина, В.Є.Кришталь. – Харків:ХНМУ, 2018. – 85с.
21. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2 (12). С. 137-147.
22. Питання державного будівництва та вдосконалення громадських відносин: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. - К.: Вид-во МІЛіП, 2000.

- 23.Родіна Н.В. Феномен розуміння в контексті подолання важких життєвих ситуацій. Теоретично методологічний аналіз. *Науковий вісник Південноукраїнського національного університету*. 2010. № 5-6. С. 39–48.
- 24.Савенкова І. І. Диференціація часових характеристик у суб'єктів із нефрологічними порушеннями. *Проблеми психології творчості*. 2009. Т. 12. Вип. 6. С. 267-274.
- 25.Савенкова І. І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на соматичні гастроентерологічні розлади. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2009. Т. 11. С. 482-490.
- 26.Савенкова І. І. Особливості прояву тривожності у хворих на соматичні неінфекційні захворювання. *Психологія і суспільство*. 2011. № 1. С. 151-157.
- 27.Сексологія і сексопатологія: підручник / Б.М. Ворнік, Є.В. Кришталь. — 2-е видання / Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина» 2023. - 288 с.
- 28.Сексопатологія (чоловіків та жінок) /Методичні вказівки /Георгієвська Н.В., Кришталь В.Є., ХНМУ, 2013, 25 с.
- 29.Сексуальна адаптація та її рівні. Терапія та профілактика сексуальних розладів. /Методичні вказівки /Георгієвська Н.В., Кришталь В.Є., ХНМУ, 2013, 10 с.
- 30.Словник-довдник психатричних термнів : навчальний посібник для студентів медичних вищих навчальних закладів IV рівня акредитації / Г. М.Кожина, Г. О. Самардакова, В. І. Коростій [та ін.]. – Харків : ХНМУ, 2012. – 134 с.
- 31.Статеве виховання і репродуктивне здоров'я підлітків та молоді : навч. посіб. / Н. О. Лещук, Ж. В. Савич, О. А. Голоцван, Я. М. Сивохоп. — К., 2014. — 58-63 с.

32. Терлецька Н. Внутрішня картина хвороби і якість життя хворих із психогенними депресіями невротичного рівня. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 11. С. 195–202.
33. Ткаченко А. А., Введенський Г. Є., Дворянчик Н. В. Судова сексологічна експертиза. - Т. II. - М.: ДНЦ СисП ім. Сербського, 1999. - 312 с.
34. Федоренко Р. С. Психологічний аналіз внутрішньої картини життєвого шляху та ставлення до хвороби пацієнтів із соматичними захворюваннями. *Освіта регіону*. 2016. № 8. С. 281.
35. Федосова Л. О. Клінічна психологія : навч. посіб. / Л. О. Федосова. — К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2013. — 248 с. — Бібліогр. : с. 241–247.
36. Хамініч О.М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія “Психологічні науки”. Вип. 6, Т. 2, 2016. С. 160-165.
37. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень. К. :Видавничий дім «Слово», 2015. 280 с.
38. Хомуленко Т. Б. Основи психосоматики. Вінниця: Нова книга, 2009. 120 с.
39. Циганчук Т. В. Динаміка переживання стресу студентами: індивідуально-психологічні характеристики. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. К., 2010. Т. X. Вип. 16. С. 564–574.
40. Чанцева-Коваленко О. М. Психологічні особливості формування позитивної моделі сімейного життя у студентів вищих навчальних закладів. *Освіта, наука та виробництво: розвиток та перспективи* : матеріали I наук.-метод. конф., (Шостка, 28 квіт. 2015 р.). Суми : Сумський держ. ун-т, 2015. С. 194–196.
41. Чуприков А. П., Цуприк Б. М. Загальна та кримінальна сексологія: Навч. допомога. - К.: МАУП, 2002. - 248 с.

42. Чуприков А. П., Цуприк Б. М. Психопатологія та психологія серійних злочинів на сексуальному ґрунті // Архів психіатрії. - 1996. - № 10-11.
43. Чуприков О. П., Цуприк Б. М. Сексологія: нормальна та кримінальна. - К., 2003. - 288 с.
44. Чуприков, А. П. Ч-92 Нормальна та кримінальна сексологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. П. Чуприков, Б. М. Цуприк. — К. : ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. — 252 с. — Бібліогр. : с. 250–251.- 18с.
45. Чуприков А. П., Цуприк Б. М. Сексуальні злочини. - К., 2000. - 180 с.
46. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: навч. посібник. К.: Здоров'я, 2005. 120 с.
47. Юнда І. Ф., Юнда Л. І. Сексологічні основи сімейної життя. - К.: Здоров'я, 1993. - 208 с.
48. Symons D. An evolution of human sexuality. - London: Oxford University Press, 1979.
49. Abolghasemi A. and Kiamarsia A. Early Maladaptive Schemas in Women with Sexual Dysfunctions and Normal Women. Middle-East Journal of Scientific Research 12 (9): 1245-1249, 2012. DOI: 10.5829/idosi.mejsr.2012.12.9.365.
50. Aliakbari Dehkordi M., Mohammadi A., Alipour A., Mohtashami T. The impact of cognitive behavioral sex therapy on decreasing anxiety and increasing sexual function in people with vaginismus. Int J Health Stud 2017;3(2):15-20. doi: 10.22100/ijhs.v3i2.209. .
51. Breton A., Miller C., Fisher K. Enhancing the sexual function of women living with chronic pain: a cognitive-behavioural treatment group. Pain Res Manag. 2008 May-Jun; 13(3): 219–224 [PubMed].
52. Brotto L., Bitzer J., Laan E., Leiblum S., and Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. J Sex Med 2010;7:586–614.
53. Gudarzi S. Female Orgasmic Disorder Treatment Using Cognitive-behavioral Approach. Advances in Life Sciences 2014, 4(4): 196-199 DOI: 10.5923/j.als.20140404.02.

54. Meston C. and Bradford A. Sexual Dysfunctions in Women *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007.3:233-256.
55. Silverstein R.G., Brown A.C., Roth H., Britton W. Effects of Mindfulness Training on Body Awareness to Sexual Stimuli: Implications for Female Sexual Dysfunction. *Psychosomatic Medicine.* 73(9):817-825, NOV 2011 DOI: 10.1097/PSY.0b013e318234e628.
56. Wiegel M., Scepkowski L. & Barlow D. (2007). Cognitive-affective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. *The Psychophysiology of Sex.* 143-165
57. Ter Kuile M., Both S., Van Lankveld J. Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women. *The Psychiatric clinics of North America* 33(3):595- 610 September 2010.
58. Frank J., Mistretta P., Will J. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. *American Family Physician* March 1, 2008 Volume 77, Number 5.
59. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. 2013..
60. <https://ir.library.knu.ua/server/api/core/bitstreams/06e73d76-b09a-4f4e-ab11-ee804857f2cb/content>
61. <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2020/03/%D0%94%D0%BC%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%>
62. <http://elar.khmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/12938/1/%d0%94%d0%b8%d0%bf%d0%bb%d0%be%d0%bc%d0>
63. <https://fspu.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/06/%D0%A5%D1%96%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%86%D1%8C%D0%B...>
64. <http://multycourse.com.ua/ua/page/16/63>
65. [https://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/51261/1/%d0%a4%d0%9b%d0%a1%d0%9a\\_2021\\_053\\_%d0%94%d1%80%d0%b0%d0%b...](https://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/51261/1/%d0%a4%d0%9b%d0%a1%d0%9a_2021_053_%d0%94%d1%80%d0%b0%d0%b...)

66. <https://vseosvita.ua/library/konsultacia-dla-batkiv-ditaca-masturbacia-ci-norma-ce-ak-pravilno-reaguvati-299239.html>
67. [http://vpu-4.at.ua/PDF/psiholog/dovidnik\\_dlja\\_batkiv.pdf](http://vpu-4.at.ua/PDF/psiholog/dovidnik_dlja_batkiv.pdf)