

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Взаємозв'язок сексуальних розладів у чоловіків з психологічними проблемами та індивідуальними особливостями характеру

Виконала:

студентка 2-го курсу, групи ПМ - 202

Спеціальності 053 Психологія

освітньо-професійна програма Клінічна психологія

Попій Аліна Леонідівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

д.мед.н.

(наукова ступінь, вчене звання)

Полшкова Світлана Геннадіївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту

рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2022 р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ - 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	стор. 4
РОЗДІЛ I Взаємозв'язок сексуальних розладів у чоловіків з психологічними проблемами та індивідуальними особливостями характеру	стор. 6
1.1 Найбільш розповсюджені сексуальні розлади у чоловіків	стор. 6
1.2 Психогенні фактори сексуальних проблем у чоловіків	стор. 19
1.3 Патогенетичні механізми функціональних сексуальних розладів у чоловіків	стор. 22
1.4 Вплив статевих розладів на психічне та соматичне здоров'я ...	стор. 24
Висновки до розділу I	стор. 25
РОЗДІЛ II Емпіричне дослідження взаємозв'язку сексуальних розладів у чоловіків з психологічними проблемами та індивідуальними особливостями характеру	стор. 27
2.1 Методи дослідження	стор. 27
2.2 Вибірка для проведення тестування	стор. 29
Висновки до розділу II	стор. 29
РОЗДІЛ III Розробка базових методів лікування функціональних сексуальних розладів	стор. 31
3.1 Аналіз та інтерпретація результатів, отриманих під час проведення емпіричного дослідження	стор. 31

3.2 Рекомендації щодо терапії окремих сексуальних розладів стор. 43

- **Порушення ерекції**
- **Передчасна еякуляція**
- **Ретардована еякуляція та її відсутність**

Висновки до розділу III стор. 57**ВИСНОВКИ за результатами магістерської роботи стор. 59****Список використаних джерел стор. 62**

ВСТУП

Клінічна психологія займається вивченням психологічних аспектів здоров'я та хвороби, особливостей впливу психологічних чинників на стан здоров'я та перебіг захворювання, особливостей індивідуального реагування на хворобливі стани, та в цілому спрямована на збільшення психологічних ресурсів людини, адаптацію її можливостей, гармонізацію психічного розвитку, охорону здоров'я, подолання недуг та психічну реабілітацію.

За статутом ВООЗ 1946р. здоров'я - це стан повного фізичного, соціального та душевного благополуччя, а не просто відсутність фізичних вад або хвороб.

А психічне здоров'я має місце коли людина реалізує свої природні здібності, успішно протистоїть повсякденним життєвим стресам, ефективно працює і тим самим робить внесок у своє суспільство.

У світлі такого визначення виділяють чинники, що становлять основу здоров'я: соціальний, психіка людини та тіло людини.

На виникнення захворювань тіла так чи інакше можуть впливати різноманітні психологічні чинники. Поряд з цим розвиток багатьох психічних розладів може бути спричинений нервовою та ендокринною патологією. Психічні розлади, у свою чергу, можуть бути і реакцією на захворювання соматичні. Таким чином, ми бачимо, що використовувати поняття "психосоматичні", коли ми намагаємось охарактеризувати всі вищеперелічені розлади недоцільно і недостатньо. Але саме це поняття хоча б висвітлює існування взаємозв'язку між соматичними захворюваннями та психічними розладами.

Також стресові фактори та реакція психіки на них можуть розглядатися як каталізатори хвороби чи тригери. Крім того, роль психічних факторів відносна так як дуже широко варіює у пацієнтів з однаковими захворюваннями.

Непряма дія психічних чинників може позначатися на перебігу багатьох захворювань, в тому числі сексуальних.

Актуальність даної теми полягає у тому, що порушення статевої сфери є однією з найбільш поширених проблем, з якими пацієнти звертаються до психологів та психотерапевтів.

РОЗДІЛ І

Взаємозв'язок сексуальних розладів у чоловіків з психологічними проблемами та індивідуальними особливостями характеру

Предмет і об'єкт, мета і завдання роботи

Об'єкт: Сексуальні розлади у чоловіків з точки зору психології.

Предмет: Взаємозв'язок сексуальних розладів у чоловіків з психологічними проблемами та індивідуальними особливостями характеру.

Мета: дослідити наявність взаємозв'язку сексуальних розладів у чоловіків з їх психологічними проблемами (їх наявністю, або відсутністю), та індивідуальними особливостями характеру.

Завдання роботи:

- Провести аналіз літератури.
- Спланувати та провести емпіричне дослідження.
- Проінтерпретувати отримані результати.
- Розробити рекомендації щодо терапії окремих сексуальних розладів.

1.1 Найбільш розповсюджені сексуальні розлади у чоловіків

Загалом, всі сексуальні розлади у чоловіків можна розподілити на:

- Органічні порушення, до яких відносяться захворювання сечостатевої системи, ураження ендокринних залоз, ураження глибоких структур мозку, ураження, що характеризуються спинальною локалізацією патологічного вогнища (мієліт, розсіяний склероз, пухлини, травми спинного мозку, та ін), ураження вищих кортикальних центрів регуляції функції сечового функцій.

- Порушення, спричинені психогенним фактором. Психогенні чинники у свою чергу поділяються на ендогенні (вроджені, конституційні, обумовлені внутрішніми чинниками, а не викликані зовнішніми впливами) та екзогенні (реактивні, ситуаційні, спричинені зовнішніми факторами оточуючої індивіда середі). Оскільки органічні порушення не входять до сфери компетенції психологів, то мова в цій роботі піде про психологічне підґрунтя порушень статевої функції. Саме в такому контексті ми і роглянули наступні розлади.

➤ **Порушення ерекції** - полягають у відсутності (або недостатності) збільшення та ущільнення статевого члена, що ускладнює чи взагалі робить неможливим статевий акт. Зазвичай при цій патології ерекція під час підготовки до статевого акту недостатня або вона різко знижується в критичний момент перед настанням емісії статевого члена. [3]

Розлади чоловічої потенції

Навряд чи знайдеться чоловік, у якого той чи інший період життя не виникало хоча б тимчасового послаблення потенції. Причини порушення статевої функції у чоловіків дуже різноманітні. До них відносяться органічні захворювання головного та спинного мозку (травматичні, судинні, пухлини), ендокринні захворювання, інтоксикації (алкоголь, нікотин, свинець та інші хронічні інтоксикації), хронічний нефрит, діабет, соматогенні захворювання, що викликають астенію (інфекція, авітаміноз). Крім того, ці порушення можуть бути викликані захворюваннями статевих органів - передміхурової залози, задньої уретри та насінневого горбка, механічними перешкодами до виконання

статевого акту (пороки розвитку, гіпоспадія, коротка вуздечка). Судинні порушення, що ускладнюють кровопостачання статевого члена, є причиною васкулогенного порушення потенції.

Нормальна потенція чоловіка схильна до значних вікових та індивідуальних коливань. Наведені факти статистики часто дуже суперечливі. За А. Kinsey [29], частота статевих актів до 30 років у середньому становить 3,2 рази на тиждень, після 30 років – 2,2 рази та у 60 років – 0,8 рази. У 96% 60-річних чоловіків здатність до статевого життя ще збережена. За Н. Schultz-Henke, нормальна частота статевого життя коливається між 3 актами на день та 1 актом на місяць. М. Davis вважає, що перші 3 місяці шлюбу статеве життя в середньому 2 рази протягом ночі, наступні 9 місяців - 1 раз за ніч, наступні 2 роки - 2 рази на тиждень. А. М. Свядощ вказує на те, що у віці між 30 і 45 роками більшість осіб мають статеві зносини 2-3 рази на тиждень, але також нормально, якщо вони можуть жити статевим життям не рідше одного разу на тиждень. Серед чоловіків, хоч і рідко, зустрічаються «холодні натури», у яких майже повна відсутність статевого потягу є вродженою особливістю. [9]

Дуже часто (приблизно в 80% випадків) розлади статевої функції викликаються психогенними факторами, які лежать в основі функціональних порушень сексуальної сфери у хворих на неврози (психогенна імпотенція), і в 15% випадків — органічними. У решті 5% випадків етіологія сумнівна.

Особливості функціональних порушень ерекції:

- виникають без ознак органічної патології (органічні патології мають місце, коли наявні: а) захворювання або аномалії чоловічих геніталій, наприклад, фімоз, запалення, що викликають біль при ерекції, пенетрації або еякуляції (уретрити, простатити, тощо), недостатній розвиток статевих органів; морфологічні зміни після травм; б) неврологічні розлади, насамперед ушкодження центральної нервової системи, особливо в попереково-крижових відділах спинного мозку, та відповідних нервових провідників, розсіяний

склероз, сириномієлія, спинна сухотка; в) ендокринні порушення, особливо недостатнє утворення андрогенів; г) судинні порушення, такі як стеноз, гіпоплазія або облітеруючі атеросклеротичні зміни судин, що забезпечують кров'ю кавернозні тіла статевого члена; д) цукровий діабет, при якому виникають ангіопатичні зміни в кавернозних тілах та діабетична нейропатія вегетативних нервових волокон у ділянці нирок; е) токсичні впливи, наприклад, при хронічному алкоголізмі, прийомі деяких медикаментів антихолінергічної та парасимпатиколітичної дії, естрогенів, а в деяких випадках – високих доз (або при тривалому застосуванні) деяких нейроплегічних, антидепресивних та гіпотензивних засобів)). [3-16]

- в етіології їх основну роль відіграють психогенні та конституційні фактори.
- сприятливим фактором є вік понад 40 років.

Виділяють **первинні та вторинні порушення ерекції**.

- Первинні порушення ерекції відзначаються від початку статевого життя. При цьому клієнтам або жодного разу не вдалося провести статевий акт, або вони завжди відчували труднощі з ерекцією. [18-24]

Під первинним розладом потенції маються на увазі випадки чоловічої статевої слабкості поза зв'язком з будь-яким іншим захворюванням, коли порушення потенції виступають як основне ядро захворювання. До первинних розладів потенції відносяться:

- випадки сексуальних зривів, безпосередньо не пов'язані з якоюсь попередньою патологією організму, які надалі розвиваються за механізмом невротичної фіксації (паторефлекторна форма);
- порушення потенції, обумовлені зривом нервової регуляції статевої функції в результаті систематичних порушень фізіологічної програми статевого

акту - перервані і пролонговані статеві акти (дисрегуляторна форма);

- слабкість статевої функції, обумовлена вимушеною тривалою статевою помірністю, що призводить до специфічних нейрогуморальних порушень (абстинентна форма);

- конституційно обумовлена статева слабкість.

- Вторинні (ситуативні) порушення ерекції виникають після деякого періоду нормального статевого життя. [18-24]

До вторинного, або симптоматичного, розладу потенції відносяться порушення, що є специфічним синдромом різних захворювань нервової системи, а також ендокринної, урологічної, зумовлені сексуальною перверзією або іншою патологією.

До псевдоімпотенції відносяться випадки неправильної інтерпретації чоловіками своїх сексуальних можливостей, що призводять до помилкових висновків про наявність у них статевої слабкості за фактичної відсутності розладів статевої сфери.

Розлади ерекції можуть бути:

- Генералізованими - ерекція порушується за будь-яких обставин і з будь-якими партнерками;

- Відносними (або селективними) - ерекція порушується тільки у певній ситуації або з певною партнеркою (наприклад, з дружиною чи, навпаки, при позашлюбних контактах);

Наслідки порушення ерекції:

- фрустрація,

- невротизація,
- конфліктні подружні відносини,
- реактивна депресія,
- суїцидальні думки та спроби,
- порушення почуття впевненості.

Про переважно функціональний характер порушень ерекції свідчать:

- виникнення ерекцій уві сні (на стадії швидких рухів очей);
- наявність ерекції при мастурбації;
- виникнення ерекції при тактильній стимуляції в прекоїтальній фазі або за обставин, що виключають можливість проведення статевого акту;
- зв'язок виникнення порушень ерекції лише з певними партнерками або лише у певних ситуаціях.

Вплив рівня тестостерону на виникнення сексуальних розладів:

Результати фармакологічних досліджень [Schiavi, White, 1976] свідчать про невисоку ефективність андрогенів за функціональних сексуальних порушень у чоловіків. Ймовірно, вони мають більше значення для розвитку та функціонування структур мозку, що регулюють статеву поведінку, і мають менший вплив при вже сформованій статевій поведінці у дорослих людей. Мабуть, була б достатньою і меншою концентрацією тестостерону в плазмі порівняно з тією, яка зазвичай визначається у чоловіків. Якби порушення потенції у нормально сексуально розвинених чоловіків були б пов'язані з андрогенами, то критичним фактором швидше була б чутливість статевих органів до тестостерону, ніж рівень його в плазмі. Але призначення екзогенного тестостерону на цю чутливість не впливає (тобто важливо не стільки кількість тестостерону, скільки ставлення чоловіка до сексуального розладу). [8-9]

➤ **Передчасна еякуляція та тривалість статевого акту** - (ejaculatio praesox) є основною скаргою 35—40% чоловіків, які отримують лікування з приводу сексуальних розладів, і є стійким і повторюваним виникненням оргазму і еякуляції раніше, ніж чоловік цього хоче, тобто неможливість контролювати еякуляцію в тій мірі, яка буде достатньою, щоб обидва партнери отримали задоволення від статевого акту.

А. Часовий критерій

Про передчасну еякуляцію говорять тоді, коли чоловік не може продовжити статевий акт понад 1 хв. Про відносно передчасну еякуляцію йдеться тоді, коли статевий акт більш тривалий, але у більшості статевих актів тривалість ця недостатня для отримання жінкою сексуального задоволення.

Відомості, отримані Г. С. Васильченко [9], значною мірою відповідають даним Kinsey [29] про те, що у 3/4 опитаних чоловіків еякуляція виникає приблизно через 2 хв. від початку статевого акту.

Середня тривалість статевого акту у більшості чоловіків становить від однієї до п'яти хвилин при інтенсивному безперервному його проведенні (1 хв при 68 фрикціях, до 3,5 хв при 270 фрикціях). Більшість чоловіків (на відміну більшості жінок) можуть викликати в себе оргазм відразу після початку статевого акту. Однак багато чоловіків можуть зусиллям волі (викликанням відповідних уявлень, відволіканням уваги сторонніми думками) дещо затримати його наступ, особливо якщо вони вдаються до пауз чи ослаблення фрикцій, коли відчують, що еякуляція наближається, а жінка ще недостатньо порушена. При цьому статевий акт іноді продовжується до 20 хв. Треба сказати, що тривале затягування його іноді може призвести до виникнення застійних явищ у статевих органах, тому є небажаним.

В. Критерій кількості статевих актів

Masters, Johnson [30-32] вважають передчасною еякуляцію тоді, коли чоловік приблизно 50% статевих актів нездатний викликати статево задоволення у партнерки. Однак цей критерій значною мірою залежить від сексуальної реактивності жінки, яка може значно змінюватись.

С. Критерій порушення довільного контролю за еякуляцією

Kaplan пов'язує з поняттям передчасної еякуляції порушення довільного контролю за еякуляторним рефлексом, нездатність чоловіка переносити високий рівень статевого збудження без виникнення рефлексорної еякуляції. Однак пов'язувати з нормою наявність довільного контролю за цим рефлексом дуже проблематично.

Спираючись на дані Г. С. Васильченка [9] та Kinsey [29], пацієнта, який висловлює занепокоєння з приводу нетривалості статевого акту, можна заспокоїти, сказавши, що його статева реактивність загалом нормальна, слід лише допомогти йому продовжити статевий акт до досягнення партнерок статевого задоволення. Необхідно також пам'ятати, що у чоловіків відчуття оргазму, незалежно від статевого задоволення партнерки, буває сильнішим, коли його досягають при поступовому наростанні статевого збудження, а не форсуючи його.

При кліторному типі сексуальної реактивності статево задоволення залежить від місця стимуляції більше, ніж від тривалості інтравагінальних фрикцій, які власними силами не грають роль пускового механізму настання оргазму. Непряме подразнення клітора при ритмічному розтягуванні малих статевих губ при коітальних рухах часто буває неефективним, тому слід здійснювати більш енергійну стимуляцію області клітора, а не продовжувати тривалість статевого акту.

Причини передчасної еякуляції

- Низька частота статевих актів, що призводить до надмірного сексуального «заряду» та підвищення сексуальної збудливості. Це може зустрічатися у молодих чоловіків при перших сексуальних контактах, за тривалої відсутності партнера або відстрочення статевого акту через хворобу.
- Тривога і страх під час статевого акту, пов'язані або із зовнішніми факторами, або з занепокоєнням через можливе незадоволення жінки та проблеми взаємовідносини з нею.
- Звичка до швидкого наступу еякуляції, що частіше виникає у молодих чоловіків за несприятливих умов для проведення статевого акту, або при тривалих статевих стосунках з фригідною дружиною, яка хоче швидше припинити статевий акт.
- Органічні фактори: підвищена місцева дратівливість при короткій вуздечці статевого члена, яка надмірно напружується при фрикціях (у таких випадках слід зробити її резекцію) або підвищена дратівливість при хронічних захворюваннях передміхурової залози, при яких має бути проведене урологічне лікування. А також - синдром парацентральної залози, при якому має бути проведене урологічне лікування. А також - синдром парацентральної часточки (Г. С. Васильченко та співавт.), при якому відзначаються коркові розлади при порушеннях діяльності статевих органів та сечового міхура. [2-9]
- Конституційні фактори, які, ймовірно, є найчастішою причиною. Йдеться про варіабельність сексуальної збудливості, низький порог еякуляційного рефлексу.
- У здорових молодих людей, які довго утримуються від статевого життя або від онаністичних актів, швидкий настання еякуляції — явище фізіологічне. Вона може наступати у таких випадках через кілька секунд після початку статевого акту (при цьому ерекція часто не відразу зникає після еякуляції). У них при повторному статевому акті (зазвичай наступному через 10—40 хв за першим) чи після днів статевого життя настання еякуляції продовжується до кількох хвилин. Швидкий наступ сім'явипорскування може бути наслідком звички: наприклад, при статевому житті з фригідною жінкою,

для якої бажано якнайшвидше припинення статевого акту.

- До передчасного сім'явипорскування у легкозбудливих чоловіків можуть призвести тривалі або інтенсивні ласки в підготовчому періоді (іноді вони діють на чоловіка більш збуджуюче, ніж на жінку, яку він пестить), різке загальне нервово збудження, пов'язане зі статевим зближенням (у наречених). Деякі сексологи говорять про передчасну еякуляцію лише в тих випадках, коли у чоловіка оргазм настає протягом першої хвилини статевого акту (після цього він ще здатний деякий час продовжувати статевий акт, хоч і за ослабленої ерекції). Про передчасну еякуляцію можна говорити і тоді, коли у раніше здорового чоловіка різко скорочується здатність до тривалого вчинення статевого акту, наприклад, із кількох хвилин до кількох секунд. У діагностичних вказівках до МКБ-10 (міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду) пропонується вважати прискореним сім'явипорскування, що настало раніше ніж через 15 с після початку статевого акту.

- Відносним прискоренням еякуляції (*ejaculatio praesox relativa*), за даними деяких авторів, прийнято вважати виникнення сім'явипорскування до появи оргазму у жінки, хоча від моменту введення статевого члена в піхву і до еякуляції проходить не менше хвилини і чоловік при цьому виробляє не менше 20-25 . При неврастенії передчасна еякуляція може поєднуватися з гіпо-або анерекційним синдромом. Підвищена збудливість і легка виснажливність можуть також призвести до значного почастищення полюцій в осіб, які утримуються від статевого життя.

- У тих випадках, коли передчасна еякуляція виникає під час статевого життя через астенію, вона зазвичай досить швидко проходить при поліпшенні загального стану.

- Швидка збудливість і швидка виснажливність, тобто дратівлива слабкість, такі властиві гіперстенічній формі неврастенії, можуть впливати на сексуальну діяльність. Так, підвищена збудливість може призвести до полегшення виникнення ерекції під дією умовно-, так і

безумовно-рефлекторних подразників. Сама по собі легкість виникнення ерекцій не є патологічним або небажаним симптомом і може зустрічатися у здорових молодих людей з високою потенцією. Однак при неврастенії вона поєднується з швидкою виснажливістю, тобто є проявом дратівливої слабкості, і тоді може вести до дуже швидкого настання еякуляції.

- Передчасна еякуляція не є симптомом, патогномонічним для неврозів. Вона може виникати при різних захворюваннях (неврастенічних синдромах будь-якого генезу, травматичних та органічних захворюваннях спинного мозку), що ведуть до підвищеної збудливості центрів ерекції та еякуляції, при синдромі парацентральної частки, статевих надмірностей і після надмірного затягування статевого акту, порушення функції статевих центрів у старості, запальних захворювань передміхурової залози та насінневого горбка, атонії передміхурової залози. Враховуючи це, хворі зі скаргами на передчасну еякуляцію потребують обстеження не лише невропатолога, психіатра, а й уролога.

При передчасній еякуляції виділяють:

- астенічну форму – дратівлива слабкість, часто пов'язана з порушеннями ерекції;
- спонтанну форму - еякуляція іноді настає при неповній ерекції або навіть зненацька, без попереднього сексуального збудження. [2-4]

➤ **Синдром очікування невдачі** – психогенна форма розладу ерекції. Чоловіки, схильні до неврозу очікування невдачі не в змозі виконати статевий акт через недостатньо виражену ерекцію, хоча в інших ситуаціях ерекція у них залишається повноцінною. [1-6, 9-22]

➤ **Гіполібідемія, анафродизія** – відсутність або втрата статевого потягу.

➤ **Сексуальна огида** (також сексуальна аверсія, від англ. aversion - «огида») - негативні почуття стосовно статевого зв'язку, виражені настільки, що це призводить до ухилення від сексуальної активності.

➤ **Оргазмічна дисфункція, аноргазмія** - коли у чоловіків утруднена еякуляція чи її відсутність (анеякуляторний синдром).

➤ **Ретардована еякуляція та її відсутність** полягає у тому, що клієнт зазвичай має хорошу ерекцію і здатний здійснити статевий акт, але еякуляція затримується або не настає взагалі, незважаючи на те, що стимуляція є цілком достатньою. Зустрічається відносно рідко.

Розрізняють:

- Тотальна відсутність еякуляції – клієнт не може викликати еякуляцію жодним способом.

- Відсутність еякуляції при статевому акті – еякуляцію можна викликати за допомогою мастурбації, але ніколи за статевого акту. Ймовірно, це пов'язано з недостатньою стимуляцією при статевому акті, внаслідок чого еякуляторний рефлекс не «включається», або партнерка сприяє придушенню еякуляції.

При коїтальній анеякуляції клієнт може при статевому акті викликати оргазм у партнерки, а сам потім досягти еякуляції при мастурбації. Іноді це здійснюється в присутності або за допомогою партнерки, іноді присутність партнерки викликає пригнічення еякуляції, тому чоловік змушений проводити мастурбацію на самоті.

- Від патологічного порушення еякуляції слід відрізнити знижену потребу в еякуляції, що спостерігається з віком у деяких чоловіків. Для настання еякуляції в них слід значно збільшити число фрикцій, а за деяких статевих актів, особливо за частих, вона не відбувається взагалі. У віці старше 50 років не кожен статевий акт закінчується еякуляцією, знижується екскреція

сперми і самі акти тривають довше, ніж раніше. Іноді спостерігається так звана астенічна еякуляція, коли насіннева рідина не вивергається, а вільно витікає.

Своєрідними порушеннями є:

- *impotentia satisfactionis* (Matussek, 1971), коли відсутня психічний компонент оргазму, тобто суб'єктивне переживання найвищого ступеня задоволення, незважаючи на те, що еякуляція настає.

- може виникнути суха еякуляція – коли при настанні оргазму немає виділення сперми.

Kaplan (1974) описує «часткове пригнічення еякуляторного рефлексу», коли є комбінація астенічної еякуляції та зниження психічного компонента оргазму; переживання оргазму дуже слабо виражене. [33]

Органічні порушення (рідко бувають причиною зазначених розладів):

- порушення нервових центрів та провідних шляхів,
- пошкодження спинального центру еякуляції та відповідних симпатичних волокон, IV поперекового симпатичного ганглія при деяких операціях, наприклад, симпатекомії при артеріальній гіпертензії [Zinsser, 1976],

- порушення тактильної чутливості на статевому члені.

- Kaplan (1974) наводить випадок ретардованої та повністю відсутньої при статевому акті еякуляції у пацієнта з травмою хребта з порушенням чутливої іннервації нижніх кінцівок та статевого члена. [33]

➤ Ретроградна еякуляція

Під час оргазму шийка сечового міхура не закривається, і відбувається закидання сперми у сечовий міхур. Ретроградна еякуляція не є шкідливою, не викликає болю, але може змінити відчуття під час сексу.

Причини: операції в малому тазі, внаслідок яких може бути пошкоджена іннервація шийки сечового міхура; травми спинного мозку; діабет; розсіяний склероз; прийом деяких лікарських засобів (тіоридазин та ін.); може бути усвідомленою практикою внаслідок релігійних та філософських переконань (вправи для досягнення ретроградної еякуляції описані у «Даоських практиках збереження енергії»). [3-8]

➤ **Сатириазис** - найбільш поширена форма гіперсексуальності чоловіків, наряду із німфоманією у жінок, патологічне підвищення статевого потягу у вигляді постійного почуття статевого незадоволення та нестримного прагнення до статевих зносин. Сатириазис пов'язаний як з кількісним збільшенням числа сексуальних контактів, а й якісним зміною сексуального поведінки, у якому сексуальність стає основний життєвої метою індивіда. Для осіб, які страждають на сатириазис, характерна часта зміна сексуальних партнерів і відсутність тривалих сексуальних зв'язків. Дана патологія може розвинути внаслідок психогенних впливів (наприклад, як форма компенсації почуття власної неповноцінності) або бути проявом органічних захворювань (наприклад, органічна патологія центральної нервової системи або гормональні порушення).

1.2 Психогенні фактори сексуальних проблем у чоловіків

Функціональні сексуальні розлади можуть мати різні причини психогенного характеру:

- Ситуаційні чинники. Несприятливі умови для проведення статевого акту, наприклад, відсутність можливості повної ізоляції, можливість приходу іншої особи, страх перед можливістю виникнення вагітності або страх заразитися ПСШ. Ці чинники найчастіше відзначаються в молодих

неодружених чоловіків, які приховують статевий зв'язок, під час проживання подружжя разом із родичами, та - з дітьми.

- Травмуючі переживання. Йдеться про неприємні переживання (страх, вина) або неприємні події, пов'язані з попередньою статевою активністю. Позитивні емоції, що виникають при статевих стосунках, навпаки, сприяють стимуляції статевого потягу та ерекції.

- Проблеми партнерства. Проблеми партнерських взаємин, наявність конфліктів, «агресивна поведінка» жінки, яка виявляє невдоволення, насміхається над чоловіком або веде себе холодно, боротьба за лідерство, підозри в невірності, охолодження взаємин і порушення взаєморозуміння - всі ці фактори можуть призвести у деяких чоловіків до розладів.

- Особливості чоловіків. Деякі чоловіки здатні здійснити статевий акт і за несприятливих умов, а невдалий статевий акт не викликає у них страху або почуття тривоги перед подальшою можливою невдачею. Однак багато чоловіків дуже вразливі у цьому відношенні. Йдеться про осіб зі схильністю до тривожності, почуття власної неповноцінності, іпохондрії, самоаналізу, з рисами психастенії, з почуттям надмірної відповідальності за успішне здійснення статевого акту через власний престиж або бажання доставити жінці повне сексуальне задоволення. Розлади потенції найчастіше виникають у акцентуйованих, психопатичних осіб, які мають труднощі у соціальних та емоційних контактах. Відсутність адекватних ерекцій при нормальній гетеросексуальній активності може бути також проявом гомосексуальності, девіантних сексуальних потягів (наприклад: педофілія, садомазохізм та ін.).

- Психічні стани та психічні розлади. Стан втоми, перевтоми та депресії часто бувають пов'язані з порушеннями ерекції. При реактивних

депресіях слід уточнити, чи є депресія наслідком чи причиною сексуальних розладів. Ендогенна депресія призводить до зниження загального вітального потенціалу і паралельно до зниження сексуальної активності. При неврозах порушення ерекції може бути однією з «органних» ознак неврозу.

- Masters, Johnson наводять як казуїстичну причину ортодоксальне релігійне виховання, при якому онанізм заборонявся і тяжко карався, а травмуючі ситуації виникали, якщо чоловік був застигнутий під час мастурбації або статевого акту.

- Бувають випадки первинного та вторинного пригнічення еякуляції. Ми знайшли цікавий випадок вторинного пригнічення еякуляції, коли на початку подружнього життя чоловік затримував еякуляцію для того, щоб дружина не завагітніла. Через деякий час еякуляція зникла і її було неможливо викликати навіть тоді, коли подружжя захотіло мати дітей. Подібний випадок описано Masters, Johnson. [9, 28-31]

- Однією із причин психогенних порушень статевої функції у чоловіків є невроз очікування невдачі. Найчастіше він виникає у молодих людей після двох-трьох невдалих спроб розпочати статеве життя. Причини невдачі при цьому можуть бути різні: недосвідченість молодшої людини, що погано орієнтується в розташуванні жіночих статевих органів, підвищена збудливість, що веде до настання сім'явипорскування ще до введення статевого члена (*ejaculatio ante portas*), тривожне очікування невдачі, спричинене боязньою уявою, стан алкогольного сп'яніння, тривалий опір дівчини і т. п. Перша невдача зазвичай викликає лише почуття настороженості, але, якщо за нею йдуть нові невдачі, виникає глибока тривога і страх потерпіти фіаско - «ганьбитися». При онанофобії цей страх може виникнути до початку статевого життя. Невроз очікування найчастіше виникає в осіб тривожно-недовірливих.

Наявність слабкої статевої конституції також привертає його виникнення. Він нерідко спостерігається у молодих людей, які мають великі, добре розвинені статеві органи, що створюють додаткові складності при спробі дефлорації. Надалі у них виявляється нормальна статеваздатність. Нічні ерекції у хворих збережені. Близькість дівчини, ласки, поки хворий одягнений, викликають ерекцію, але варто лягти в ліжку, як під впливом остраху невдачі ерекція стає слабкою або зникає зовсім. Іноді вона починає зникати вже за одного приготування до статевої близькості. Невроз очікування може бути причиною виборчої імпотенції. [23]

1.3 Патогенетичні механізми функціональних сексуальних розладів у чоловіків

- Перший тип порушень виникає на початку статевого життя та має центральне походження. Ерекція пригнічена негативними емоціями, що супроводжують сексуальну ситуацію. До них, перш за все, відносяться побоювання, страх перед можливою невдачею, схильність до самоаналізу тощо. Вони порушують ерекцію і унеможливають здійснення статевого акту. Невдача при здійсненні статевого акту викликає почуття невпевненості та страху, що у свою чергу поглиблює ці розлади. [7,8,9]

Таким чином виникає хибне коло, і кожна невдача при здійсненні статевого акту потенціює порушення ерекції.

Терапія у цих випадках спрямована на усунення побоювань і створення атмосфери, сприятливої проведенню статевого акту. Слід змінити орієнтацію чоловіка на статевий акт як на якесь завдання, необхідно, щоб він вважав його природним та приємним результатом інтимних відносин.

- Другий тип порушень виникає на більш пізній стадії статевого життя чоловіка. Стереотипність і монотонність подружніх статевих відносин, охолодження через ряд конфліктів і сімейних негараздів, недостатня турбота дружини про свою зовнішність і т. д. призводять до зниження значущості її як сексуального об'єкта. Крім того, у чоловіків ерекція слабшає із віком. [17]

Терапія в цих випадках спрямована на підвищення дії збудливих факторів, посилення привабливості партнерки, введення нових форм сексуальної активності (зміна становища та способів) та насамперед застосування периферичної стимуляції, тобто подразнення головки статевого члена рукою партнерки. Це викликає ерекцію через рефлекторну дугу, яка залишається ефективною при ослабленні зорових, слухових та тактильних сексуальних стимулів, що впливають на центральну нервову систему.

Зрозуміло, як і порушення ерекції другого типу можуть виникати за механізмом, характерним для першого типу. Старіючий чоловік із занепокоєнням ставиться до ознак зниження статевої активності, особливо якщо дружина почне висловлювати своє невдоволення, підозрюючи чоловіка в невірності. Це призводить до фіксації порушень потенції за механізмом «турбота про успіх – самоспостереження – страх невдачі».

Наявність цих типів порушень ерекції побічно підтверджується статистичними відомостями, отриманими у сексологічній консультації м. Праги: відзначається два вікові піки звертання чоловіків з функціональними порушеннями потенції: у 21–30 років та у 41–50 років. [9-19]

1.4 Вплив статевих розладів на психічне та соматичне здоров'я

Порушення у сексуальній сфері роблять чоловіка нездатним забезпечити жінці статеве задоволення, порушують взаємини у ній і нерідко ведуть її розпаду. Неодружений чоловік за наявності істинної чи уявної імпотенції не

наважується створити сім'ю і водночас змушений приховувати від своїх рідних та знайомих причину неодруження. Чоловік не соромиться повідомити близьких про захворювання органів дихання, травлення або кровообігу, але вважає для себе принизливим, якщо оточуючі дізнаються про те, що він страждає на статеву слабкість. Поступово в нього звужується коло спілкування, тому що його однолітки та друзі обзавелися сім'єю і у них стало з ним мало спільних інтересів. Усе це болісно переживається чоловіком, є йому важкої психічної травмою і нерідко веде до виникнення неврозів. Спостерігаються невротичні депресії з домінуванням уявлень про свою сексуальну неповноцінність, пригніченим настроєм. Щоб приховати неможливість свого одруження, деякі хворі починають блукати, йдуть з дому і змінюють місце проживання та роботи, уникають жіночого суспільства, пиячать.

При істеричних іпохондріях, що є реакцією на сексуальну неспроможність, хворі фіксують увагу на дійсних або уявних соматичних захворюваннях, що «виправдовують» тим самим зниження сексуальної активності. При іпохондричному неврозі часто відзначається фіксація уваги на сенестопатіях і змінах, що нібито виникли в статевих органах. У молодих людей після випадкової сексуальної невдачі або під впливом ятрогенії нерідко виникає онанофобія, а в випадках, що зайшли, — коїтофобія — страх статевого акту, що призводить до психогенної імпотенції і страху одруження. Рідко зустрічаються хворі із сексуальними розладами, у яких не вдається виявити таких явищ нав'язливості, як страх невдачі. Особливо часті подібні фобії у тривожно-недовірливих особистостей. [3]

Соматичні прояви психічних станів

Дія психосоціальних стресів, які провокують внутрішні конфлікти і викликають адаптивну реакцію, може проявлятися потай, під маскою соматичних розладів, симптоматика яких схожа на симптоматику органічних захворювань. У таких випадках емоційні порушення нерідко не лише не

помічаються і навіть заперечуються пацієнтами, а й не діагностуються лікарями. Причини та механізми формування того чи іншого соматичного симптому у відповідь на психосоціальний стрес можуть простежуватися досить чітко. Наприклад, тривожність прямо пов'язана з наступними феноменами: тахікардією, потовиділенням та іншими. Однак механізми розвитку психогенних симптомів часто залишаються неясними. [5-9]

Висновки до розділу I

За результатами проведеного теоретичного дослідження взаємозв'язку сексуальних розладів у чоловіків з психологічними проблемами та індивідуальними особливостями характеру можна зробити наступні висновки.

Причинами порушень сексуальної сфери можуть бути як органічні, так і психологічні чинники.

Зокрема:

різні порушення взаємовідносин із партнеркою, наприклад, амбівалентні відносини, прихована агресія, зневага до партнерки;

травмуючі переживання, наприклад, страх, вина, або неприємні події, пов'язані з попередньою статевою активністю;

ситуаційні чинники, а саме - несприятливі умови для проведення статевого акту;

особливості чоловіків: деякі чоловіки є дуже вразливими у питаннях, що стосуються сексуальної сфери, наприклад, особи зі схильністю до тривожності, почуття власної неповноцінності, іпохондрії, самоаналізу, з рисами психастенії, з почуттям надмірної відповідальності за успішне здійснення статевого акту

через власний престиж або бажання доставити жінці повне сексуальне задоволення;

психічні стани та психічні розлади, такі як, стан перевтоми та депресії;

при неврозах порушення ерекції може бути однією з «органних» ознак неврозу;

акцентуованість, психопатичні ознаки осіб, які мають труднощі у соціальних та емоційних контактах;

відсутність адекватних ерекцій при нормальній гетеросексуальній активності може бути також проявом гомосексуальності, девіантних сексуальних потягів (наприклад: педофілія, садомазохізм та ін.).

Натомість, позитивні емоції, що виникають при статевих стосунках, навпаки, сприяють стимуляції статевого потягу та ерекції, загальному покращенню якості статевого життя чоловіків.

РОЗДІЛ II

Емпіричне дослідження взаємозв'язку сексуальних розладів у чоловіків з психологічними проблемами та індивідуальними особливостями характеру

2.1 Методи дослідження

Для психологічної діагностики особливостей сексуальності використовується велика кількість особистісних опитувальників, що показують ті чи інші радикали характерологічних особливостей.

В нашому дослідженні ми використовуємо наступні: Сексуальна формула чоловіча (СФЧ); нестандартизована анкета для збору анамнезу.

Методики дозволяють оцінити стан сексуальної сфери особистості на даний момент, і в цілому. [2, 3, 7-9]

Сексуальна формула чоловіча. Спеціальний опитувальник, який застосовується в сексологічній практиці для попередньої оцінки стану статевої сфери чоловіка. Запитальник складається з 10 розділів (позначені римськими цифрами), у кожному з розділів відповіді пацієнта позначаються цифрами від 0 до 4. Пацієнту до початку обстеження пропонується заповнити запитання, підкресливши у кожному розділі те твердження, яке найбільше відповідає його стану на момент звернення до лікаря.

Використання опитувальника СФМ дозволяє психологу-сексологу отримати важливу попередню інформацію про статеву функцію чоловіка.

Якщо якісь індивідуальні прояви сексуальності чоловіки варіюють дуже широко (наприклад, тривалість статевих актів), йому пропонується самому позначити крайні межі коливань.

У кожному з розділів опитувальника СФМ стандартні відповіді нумеруються цифрами від 0 до 4. Цифри 0, 1, 2 у кожному з десяти показників відображають різний ступінь зниження статевих функцій, 3 - середньостатистичну норму для чоловіка середніх років, 4 - сильну статеву конституцію або період юнацької гіперсексуальності.

Структурні показники відбивають: I - стан попередньої готовності, пов'язаної з нейроендокринним забезпеченням лібідо; II - стан психічної сфери, що виявляється у настрої перед коїтусом; III – сексуальну активність.

Показники IV, V та VI - відображають об'єктивні параметри реалізації статевої активності: відповідно частота коїтусів, якість ерекції та тривалість зносини.

Показник VII об'єктивно характеризує сексуальні здібності чоловіка (частота еякуляцій).

Показники VIII та IX відображають суб'єктивну оцінку статевого акту чоловіком та його партнеркою.

Нестандартизована анкета для збору анамнезу - являє собою підбірку запитань, які дозволяють нам оцінити якість статевого життя чоловіка, наявність або відсутність у нього сексуального розладу, тривалість розладу, об'єктивну оцінку опитуваного до його ситуації, та базуючись на відповідях зробити висновки.

2.2 Вибірка для проведення тестування

Для проведення дослідження ми обрали групу респондентів, чоловіків від 25 до 45 років з 1 і більше вищою освітою.

Обмеження за віком обґрунтовані тим, що у чоловіків віком до 25 років ще встановлюється оптимальний ритм сексуального життя і ще важко оцінити ступінь, або навіть наявність сексуального розладу, а після 45 років відбуваються зміни на фізіологічному рівні і можуть вже мати місце органічні функціональні розлади. [7]

Висновки до розділу II

Для проведення аналізу було застосовано якісний та кількісний аналіз.

Результати, отримані при проведенні кількісного аналізу свідчать про надійність та узгодженість питань в обраній методиці.

При проведенні дослідження ми вирішили застосувати саме особистий підхід до кожного респондента, загальний показник якого менше 30, що вказує на відхилення від середньостатистичної норми.

За результатами було виділено дві групи чоловіків. До першої групи увійшли чоловіки із показниками середньостатистичної норми, до другої – показники нижче середньостатистичної норми.

Обробивши результати другої групи ми дійшли висновку, що загальним розладом є «страх очікування сексуальної невдачі».

До причин відносили: конфліктні відносини з партнеркою, власну занижену самооцінку та надмірну відповідальність за успішне здійснення статевого акту для підтримки власного престижу, фізичну та психоемоційну перевтому, ситуативну тривожність.

Але найбільш поширеною була така відповідь про причини цього страху: «Неприємні, болючі спогади про попередні сексуальні невдачі або випадки отримання негативної інформації про власні сексуальні можливості».

Отже, можна зробити висновок, що в даному випадку спостерігається поєднання психогенного, особистого, ситуаційного факторів із «страхом очікування сексуальної невдачі».

Таким чином, ведучим є психологічний фактор, що міг спричинити розлад у минулому, що й пояснюється негативним теперішнім досвідом.

РОЗДІЛ III

Розробка базових методів лікування функціональних сексуальних розладів

3.1 Аналіз та інтерпретація результатів, отриманих під час проведення емпіричного дослідження

Для проведення аналізу було застосовано **якісний та кількісний аналіз**. Для кількісного аналізу було застосовано програму статистичної обробки даних Jamovi.

На початковому етапі статистичного аналізу отриманих даних в ході дослідження було проведено перевірку надійності та узгодженості шкал за допомогою α -Кронбаха і ω -Макдональда.

Для опитувальника «**Сексуальна формула чоловіча**» отримано наступні результати: α - Кронбаха = 0.907 та ω -Макдональда = 0.922. Отримані результати свідчать про надійність та узгодженість питань в обраній методиці.

Згідно методики отримані показники за всіма розділами об'єднуються в тріади.

До **першої** тріади за методикою входять структурні показники, що відображають:

I – стан попередньої готовності, пов'язаної з нейроендокринним забезпеченням лібідо;

II - стан психічної сфери, що виявляється у настрої перед коїтусом;

III – сексуальну активність.

До **другої** тріади входять наступні показники:

IV, V та VI - відображають об'єктивні параметри реалізації статевої активності: відповідно частота коїтусів, якість ерекції та тривалість зносини.

До **третьої** тріади:

VII- об'єктивно характеризує сексуальні здібності чоловіка (частота еякуляцій);

VIII та IX відображають суб'єктивну оцінку статевого акту чоловіком та його партнеркою.

При аналізі враховується кожна з отриманих відповідей, потім їх значення об'єднують у 3 тріади, які підсумовуються з показником X (тривалість статевого розладу), після чого підраховується загальний (прогностичний) показник.

Середньостатистична норма виглядає так: $3, 3, 3/3, 3, 3/3, 3, 3/3 = 9/9/9/3 = 30$. У пацієнтів із сексуальною патологією та при уявних статевих розладах показники відрізняються від середньостатистичних у менший бік.

За результатами було виділено **дві групи чоловіків**.

До першої групи увійшли чоловіки із показниками середньостатистичної норми, а друга – показники нижче середньостатистичної норми.

Таблиця 1

Описові характеристики для двох груп

	Група	Перша тріада	Друга тріада	Третя тріада	Тривалість розладу	Загальний показник
Кількість	нижче норми	16	16	16	16	16
	норма	27	27	27	27	27
Середнє	нижче	7.88	6.75	6.81	1.69	23.1

арифметичне	норми норма	10.0	10.8	11.3	3.26	35.4
Медіана	нижче норми норма	9.00 10	7.00 11	6.00 11	2.00 3	23.5 35
Стандартне відхилення	нижче норми норма	2.36 1.19	1.98 0.736	2.26 0.669	0.946 0.526	5.30 2.04
Мінімальне	нижче норми норма	2 8	3 9	1 10	0 2	10 32
Максимальне	нижче норми норма	10 12	10 12	10 12	3 4	29 40

У 1 таблиці ми можемо побачити описові характеристики для двох груп де зазначено:

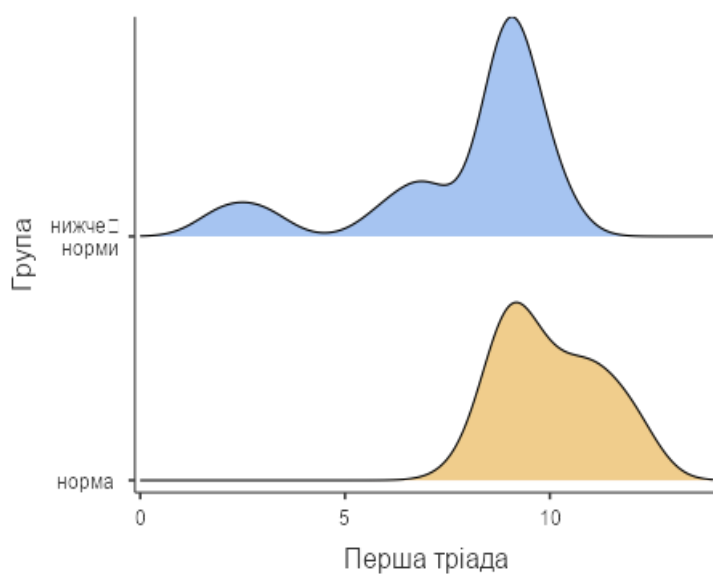
загальний показник кількісної норми - 27;

загальний показник середнього арифметичного - 35.4;

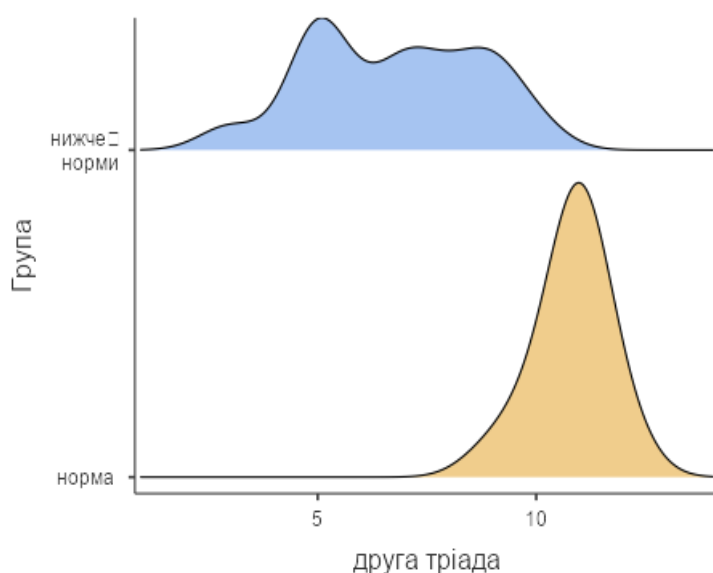
загальний показник стандартного відхилення - 2.04;

загальний показник мінімального значення - 32;

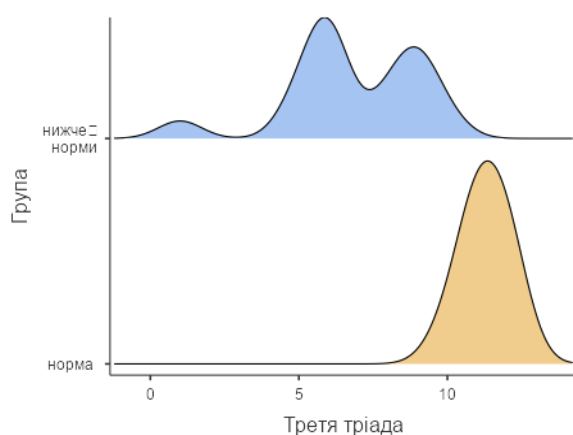
загальний показник максимального значення - 40.



На першій діаграмі ми бачимо структурні показники I тріади, що відображають: стан попередньої готовності, пов'язаної з нейроендокринним забезпеченням лібідо; стан психічної сфери, що виявляється у настрої перед коїтусом; сексуальну активність.

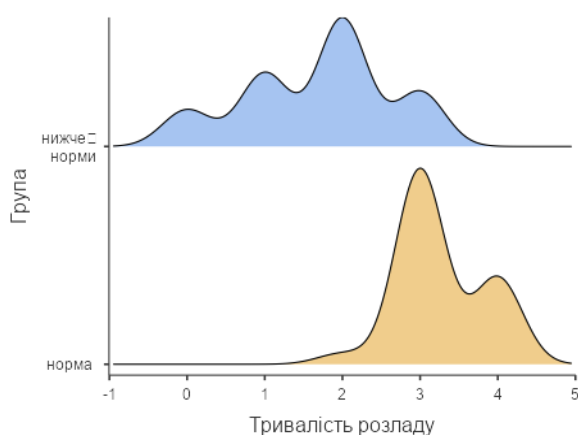


На другій діаграмі відображено результати II тріади, туди входять показники, що відображають об'єктивні параметри реалізації статевої активності: відповідно частота коїтусів, якість ерекції та тривалість зносин.

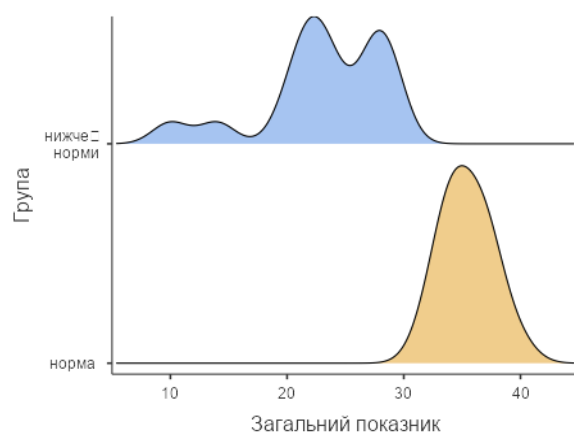


На третій діаграмі ми бачимо показники III тріади, куди входять показники, що об'єктивно характеризують сексуальні здібності чоловіка (частота еякуляцій)

та відображають суб'єктивну оцінку статевого акту чоловіком та його партнеркою.



На четвертій діаграмі ми зазначили тривалість сексуального розладу у опитаних чоловіків, що в середньому складає 2-3 роки.



Таблиця 2

Показники групи респондентів з рівнем загального показника нижчим за середньостатистичну норму

Респонденти	перша тріада	друга тріад а	третя тріада	тривалість розладу	загальний показник
1	3	5	1	1	10
2	2	7	5	0	14
3	9	5	5	2	21

4	9	5	6	2	22
5	10	9	9	1	29
6	9	7	6	2	24
7	9	5	6	2	22
8	9	3	6	2	20
9	9	9	9	0	27
10	10	8	9	1	28
11	9	6	6	2	23
12	6	9	8	1	24
13	9	5	6	2	22
14	7	10	9	3	29
15	7	7	10	3	27
16	9	8	8	3	28

Наступним кроком було проведення аналізу, який полягав у вивченні отриманих даних відповідно до анкети з ситуаційними питаннями.

Для дослідження припущення, що поширеною причиною розладів сексуальної сфери у чоловіків є «страх очікування сексуальної невдачі», було виокремлено підгрупу чоловіків (6 осіб), які дали наступну відповідь: «Страх перед можливою невдачею при статевій близькості через втрату ерекції або прискорену еякуляцію»:

Таблиця 3

Показники підгрупи респондентів із відповіддю «страх очікування сексуальної невдачі»

респонденти	перша тріада	друга тріада	третя тріада	тривалість розладу	загальний показник
1	3	5	1	1	10

2	10	9	9	1	29
3	9	5	6	2	22
4	7	10	9	3	29
5	7	7	10	3	27
6	9	5	5	2	21

Проте, для відповіді на питання, більш детально розглянемо саме показники першої тріади:

Таблиця 4

**Показники підгрупи респондентів із відповіддю «страх очікування
сексуальної невдачі» за першою тріадою**

респонденти	I	II	III
1	1	1	1
2	3	3	4
3	3	3	3
4	2	3	2
5	2	3	2
6	3	3	3

Найнижчі показники у респондента «1» (загальний показник 10) за всіма показниками, що вказує на проблеми із станом попередньої готовності, психічне напруження у настрої перед коїтусом, що відповідно впливає і на сексуальну активність.

Якщо розглянути інші питання, то респондент зазначив також, що присутній страх перед небажаною вагітністю партнерки, а також на конфліктні відносини з партнеркою, зазначивши що існують комунікативні проблеми через відсутність необхідних навичок спілкування з протилежною статтю.

Звертаючи увагу на показники третьої тріади, встановлено, що для даного респондента низький рівень реалізації статевої активності: частота коїтусів, якість ерекції та тривалість, що підтверджується його відповіддю і на питання анкети стосовно якості ерекції.

Отже, можна зробити висновок, що в даному випадку спостерігається поєднання психогенного, особистого, ситуаційного факторів із «страхом очікування сексуальної невдачі».

Для чотирьох інших респондентів з даної підгрупи, що виокремлено за ознакою «страх очікування сексуальної невдачі» як загальний показник, так і за окремими показниками наближено до середньостатистичного значення згідно методики.

Загальний показник для респондента «3» становить 22, і тривалість розладу менш ніж півроку, додатково він вказує про власну занижену самооцінку та надмірну відповідальність за успішне здійснення статевого акту для підтримки власного престижу, а також на фізичну та психоемоційну перевагу. Можна припустити, що саме перевага сприяє появі подібних побоювань сексуальної невдачі, що позначається на показниках II та III тріади, а саме на параметрах реалізації статевої активності та сексуальних здібностях.

Для респондента «6» загальний показник становить 21, нижче за норму значення за II та III тріадою, а тривалість розладу менше півроку. В анкеті респондент вказує на додатковий страх небажаної вагітності партнерки та конфліктні стосунки із партнеркою. Також він вказує про власну занижену самооцінку та надмірну відповідальність за успішне здійснення статевого акту для підтримки власного престижу.

Таким чином, у даному випадку, спостерігається наявність більш ситуаційного характеру порушень, оскільки досліджуваний зазначив, що з різними партнерками різна якість статевого акту.

Проте за результатами методики спостерігаємо, що ситуативний фактор відображається на стані і психічної сфери, що відображається на настрої перед коїтусом, та й на сексуальну активність загалом.

Для «4», «5» респондентів немає жодних розладів на момент дослідження згідно показника X (тривалість розладу), але вони траплялися у минулому. Тому є закономірним, що згідно результатам за першою тріадою спостерігається напруження під час настрою перед коїтусом, та незначне зниження стану попередньої готовності, пов'язаної з нейроендокринним забезпеченням лібідо.

Проте, високі показники за III тріадою вказують, що це не позначається на сексуальних здібностях чоловіка (частота еяколяцій).

Далі було виділено підгрупу респондентів, які дали відповідь стосовно причини своїх страхів: «Неприємні, болючі спогади про попередні сексуальні невдачі або випадки отримання негативної інформації про власні сексуальні можливості».

Таблиця 5

Показники підгрупи респондентів із відповіддю «Неприємні, болючі спогади про попередні сексуальні невдачі або випадки отримання негативної інформації про власні сексуальні можливості».

респонденти	перша тріада	друга тріада	третя тріада	тривалість розладу	загальний показник
1	2	7	5	0	14
2	9	9	9	0	27
3	6	9	8	1	24
4	9	8	8	3	28

Найнижчі показники у респондента «1» в даній групі: загальний показник 14, тривалість розладу з початку статевого життя. В анкеті він зазначив, що всі генітальні реакції (оргазм та/або еякуляція) виникають при сексуальній стимуляції, але не викликають приємних відчуттів або почуття приємного збудження. Також досліджуваний вбачає причину сексуальних невдач в «Неадекватній поведінці жінки, яка веде себе агресивно, відкрито виявляє невдоволення статевою близькістю, глузує з чоловіка, загрожує розривом стосунків або веде себе холодно, не виявляючи жодних ознак сексуального бажання». А також зазначив, що знаходиться в стані екзистенційної тривоги перед кінцівкою буття, «фасадом» якої може бути страх втрати потенції (сексуальна активність з відсутністю ознак згасання є своєрідним захистом від усвідомлення глибинної тривоги смерті). Тому закономірним є те, що показники за I тріадою низькі, тобто проблеми із станом попередньої готовності, психічне напруження у настрої перед коїтусом, що відповідно впливає і на сексуальну активність, а це в свою чергу відображається і на об'єктивних параметрах реалізації статевої активності (II тріада) та на сексуальних здібностях загалом (значення III тріади). В даному випадку спостерігається дія і психологічного фактору, і ситуаційного, що відображаються на сексуальному здоров'ї досліджуваного.

Для респондента «2», всі показники наближаються до норми, проте досліджуваний зазначив, що є розлад з початку статевого життя. Тому зазначені

дані скоріш за все є неправдивими, або респондент помилився, обираючи відповідь на судження X.

Для респондента «3» за II та III тріадою показники наближаються до норми, проте є занижені значення в I тріаді, та тривалість розладу більше півроку. В анкеті респондент вказує на присутність конфліктів у стосунках із партнеркою, скарги на фізичну та психоемоційну втому, наявність тривожності і як риси особистості, так і ситуативна тривожність, що проявляється у надмірному хвилюванні за успішне здійснення статевого акту, та неприємні відчуття під час коїтусу. Таким чином, спостерігається поєднання багатьох факторів, проте, на нашу думку, ведучим є саме психологічним.

Отримані дані для досліджуваного «4» наближаються до середньостатистичної норми, проте в розділі X зазначено, що на даний час немає жодних розладів, але вони траплялися у минулому (особливо на початку статевого життя). В анкеті зазначив, що вбачає причиною власних сексуальних невдач неадекватну поведінку жінки, яка веде себе агресивно, відкрито виявляє невдоволення статевою близькістю, глузує з чоловіка, загрожує розривом стосунків або веде себе холодно, не виявляючи жодних ознак сексуального бажання. А також додатково зазначив, що причиною може бути фізична та психоемоційна втома. Таким чином, ведучим є психологічний фактор, що міг спричинити розлад у минулому, що й пояснюється негативним минулим досвідом.

В наступну підгрупу увійшли респонденти, що пов'язують свої сексуальні невдачі саме з певними ситуаціями: «Тривожні переживання у зв'язку з професійною діяльністю, фінансовими труднощами тощо».

Показники підгрупи респондентів із відповіддю «Тривожні переживання у зв'язку з професійною діяльністю, фінансовими труднощами тощо»

респонденти	перша тріада	друга тріада	третья тріада	тривалість розладу	загальний показник
1	9	5	6	2	22
2	9	7	6	2	24
3	9	5	6	2	22
4	9	3	6	2	20
5	10	8	9	1	28
6	9	6	6	2	23

Загальним для досліджуваних цієї підгрупи є нормативні показники за I тріадою. Таким чином, для представників даної підгрупи відсутня проблема стосовно стану попередньої готовності, пов'язаної з психічним настроєм та з нейроендокринним забезпеченням лібідо. Дещо занижені значення для III тріади, тобто характеристика сексуальних здібностей (частота еякуляцій) та суб'єктивна оцінка статевого акту чоловіком та його партнеркою.

Така ж тенденція спостерігається і для II тріади, окрім респондента «4», для якого отримано найнижчий показник.

За тривалістю для більшості досліджуваних розлад визначається не більше півроку, і лише для респондента «5» більше півроку. В даному випадку спостерігається вплив саме ситуативного фактору та стресогенних чинників, що відображається і на параметрах реалізації сексуальної активності. Всі респонденти даної підгрупи в анкеті зазначили про низьку стресостійкість, підвищену тривожність щодо успішного здійснення статевого акту, а також занижену самооцінку.

Нами вбачається, що ведучим є вплив саме ситуативного характеру чинників (беручи до уваги не тривалий термін розладу), що і позначаються на сексуальному здоров'ї досліджуваних. Оскільки ситуативна тривожність характерна як відповідь на певні події, тому із налагодженням проблемної ситуації рівень ситуативної тривожності зменшується, стабілізується психоемоційний стан людини, що позначається і на сфері сексуального життя.

3.2 Рекомендації щодо терапії окремих сексуальних розладів

Основною та причинною терапією функціональних сексуальних розладів є психотерапія.

Порушення ерекції

Спочатку треба встановити чи є необхідність у медикаментозному лікуванні - це визначає профільний фахівець (уролог, сексопатолог, психіатр і т.д.).

- **Медикаментозне лікування** можливо у зв'язку з тим, що пацієнт завжди очікує на призначення ліків, а від лікаря це вимагає мінімальних зусиль і часу. Часто препарати дають насамперед сугестивний ефект, збільшуючи впевненість пацієнта у власних силах. Деякі препарати мають і специфічну дію на статеву функцію, особливо ефективно впливаючи на порушення сексуальної збудливості та ерекційної готовності (препарати, що містять тестостерон, йохімбін тощо).

- **Раціональна психотерапія** ґрунтується на поясненні характеру порушень та їх корекції за допомогою заспокоєння, підтримки та відповідних рекомендацій.

Психотерапія орієнтована на актуальну життєву ситуацію та активне формування сексуальної поведінки пацієнта та спрямована на усунення негативних зовнішніх та внутрішніх впливів, забезпечення ефективної стимуляції.

Вплив на клієнта переконанням, що спирається на анамнестичне та соматичне обстеження, у тому числі геніталій, може включати:

а) переконання в адекватності статевого розвитку (йдеться про яєчка, розміри та будову статевого члена);

б) переконання в наявності можливостей для адекватного статевого життя (слід підтвердити це анамнестичними відомостями про наявність ранніх ерекцій);

в) докладне пояснення психогенних механізмів виникнення порушень, що знижує рівень тривоги у пацієнта, пов'язаної з нестачею інформації та логічного розуміння причинно-наслідкових зв'язків, та дозволяє давати пацієнту наступні рекомендації.

Рекомендації для пацієнтів, у яких важливу роль відіграє страх перед невдачею при статевих зносинах, загалом зводяться до того, що:

1. щоденна сексуальна гра з виключенням статевого акту (знижується значущість сексуального акту, збільшується довіра партнерів один до одного, підвищується статевий потяг і одночасно відроджуються адекватні реакції геніталій).

Рекомендації молодим чоловікам із порушеннями ерекції:

1. Поступове «будівництво» статевих відносин. Рекомендуються окремі статеві епізоди, що мають характер випробування потенції. Надалі клієнт може здійснити статевий акт. Вкрай важливим є розуміюче та підтримуюче ставлення партнерки.

Неодружені молоді чоловіки з порушеннями потенції нерідко мають невдалі статеві акти із різними партнерками. Після однієї-двох невдалих спроб вони починають уникати жінок. Слід пояснити, що для успішної ліквідації порушень необхідні тривалі парні відносини за наявності взаєморозуміння, співробітництва та терпіння.

2. Відверте визнання партнерці про характер сексуальних порушень. Це знижує напругу, тривогу через можливість її неправильної поведінки при статевому акті і, навпаки, сприяє утворенню добрих взаємовідносин та підвищенню зацікавленості партнерки до співпраці.

3. Позакоїтна сексуальна активність. Слід приділяти увагу взаємним ласкам та турботам, необхідно також пам'ятати, що, крім статевого члена, існують руки, мова та рот, використання яких може принести партнерам багато приємних відчуттів. Наявність ерекції не є необхідною для досягнення статевого задоволення жінки, тому що оргазм у неї може виникнути і при мануальній або оральній стимуляції області клітора. Розуміння цього партнером може зняти з нього «тягар відповідальності» за достатність ерекції для здійснення статевого акту та статевого задоволення жінки та допоможе надалі гармонізувати статевий акт.

4. Градуйована статева активність. Слід усунути нетерплячість та думку про важливість кожного сексуального контакту, підкреслити, що йдеться не про останній контакт, що ще достатньо часу, що «скоро представиться інший зручний випадок». Робити лише те, що приносить радість. Це дозволяє подолати невпевненість у собі, перейти на інший вид діяльності (разом поїсти, прийняти душ тощо), а коли зникнуть побоювання, перейти до наступного етапу.

5. Введення недостатньо напруженого статевого члена у піхву рукою. Це рекомендується робити в гінекологічному положенні, коли у жінки найкраще розкрито вхід у піхву, що уможлиблює здійснення прямого генітального контакту. Він повинен супроводжуватися парадоксальним навіюванням типу "хочу, щоб статевий член залишився не напруженим", це дозволяє блокувати первинний страх типу "боюся, що статевий член залишиться слабким" і посилити приємні відчуття, що виникають при контакті статевого члена з піхвою.

- **Патогенетична психотерапія**

При патогенетично орієнтованій психотерапії пояснюються причини та механізми виникнення порушень та умови формування особистості, які могли відіграти патогенетичну роль у виникненні неадекватних реакцій та розладів; йдеться також і про переживання, які пацієнт нині чітко не усвідомлює. При функціональних розладах потенції слід насамперед визначити, які враження та переживання негативно впливали на сексуальний розвиток, що дозволяє провести відповідну корекцію. Ця "відкриває" психотерапія [Brautigam, 1977] або "динамічна" психотерапія [Kaplan, 1974] спрямована на розуміння особливостей розвитку особистості. Вона проводиться у вигляді бесіди з пацієнтом, причому аналізують проблеми хворого у зв'язку з його ставленням до батька та матері в дитинстві, перші сексуальні переживання, пригнічені бажання, страхи та невирішені внутрішні конфлікти. Розуміння та відреагування пригнічених переживань та конфліктів дозволяє змінити ставлення пацієнта до них, зробити емоційну корекцію невротичної поведінки, що призводить до виникнення функціональних порушень ерекції. З'ясування пацієнтом неясних досі зв'язків і помилкових суджень (перенесення минулого негативного досвіду на нинішні стосунки і переживання) покликане відновити здатність до відповідного диференціювання: до чіткого розуміння того, які

переживання були адекватними в дитинстві та юності, а які характерні для зрілого чоловіка.

Таким чином, цей метод лікування функціональних сексуальних розладів, що є органічним проявом неврозу, ґрунтується на глибокому розумінні розвитку особистості. Функціональні сексуальні розлади на «основі невротичного розвитку особистості» виникають ще в ранньому дитинстві, якщо формуються неправильні стосунки та очікування, які закріплюються у період дозрівання. Особливо значущі порушення комунікації. Сексуальні розлади є проявом глибоко лежачого невротичного розвитку комунікативних здібностей, тому терапія спрямована на корекцію особистісних особливостей, а не лише на патологічний симптом. При груповій психотерапії насамперед «розхитуються» фіксовані патологічні стереотипи поведінки. Пацієнт під час занять у групі повинен коригувати своє ставлення до оточуючих і, зокрема, до протилежної статі, змінити своє ставлення до патологічного симптому та життєвої ситуації, в якій раніше він піддавав свої стосунки невротичному «ранжуванню».

До особливостей, які можуть бути **предметом патогенетично або динамічно орієнтованої психотерапії**, розбору, відреагування та корекції відносяться, наприклад: проекція дитячих відносин до матері на партнерку; різні інші впливи сім'ї, наприклад, роль комбінації домінуючої у сім'ї матері та слабого батька, який, таким чином, не сприяв чоловічій ідентифікації сина; очікування, що виникли на основі різного поділу «влади» у батьківських сім'ях партнерів і призводять до «боротьби за владу» або, навпаки, до очікуваної опіки та захисту; очікування, пов'язані з умовами виховання (єдина дитина або один з кількох дітей); ставлення у батьківській сім'ї до статевих проблем; вплив на дитину вперше побачених сексуальних сцен; інцестні фантазії; вплив онанізму та почуття провини або іпохондричних уявлень, що ведуть до онанізму; почуття неповноцінності через «невеликий статеви член»; сексуальне "навчання";

перше спілкування з дівчатами; любовні розчарування та сексуальна травматизація; випадкові контакти тощо.

- **Гіпнотерапія**

Навіювання в гіпнотичному стані може вплинути на відчуття, уявлення та емоції, а також на стан фізіологічних функцій, які зазвичай не підкоряються вольовому впливу. Рекомендується проводити при порушеннях потенції 8-12 гіпнотерапевтичних сеансів.

Під час перших 3-4 сеансів проводиться загальна сугестія, що підвищує емоційний фон пацієнта та його стійкість, а при подальших сеансах сугестія спрямована на специфічний симптом. За допомогою гіпнотичного навіювання можна підтримувати почуття впевненості в собі і вплинути на зміну ставлення до патологічного симптому і до побоювань перед невдачею, навіяти клієнту думку про те, що вони мають тимчасове значення.

На сеансах гіпнозу треба вселяти клієнту думку про те, що було предметом бесіди при оптимальній психотерапії: “не слід ставитися до статевому акту як до якогось завдання; не слід контролювати рівень ерекції; статевий акт даватиме лише позитивні відчуття та емоції. Зникнуть негативні моменти, що порушували його сексуальні функції; у нього завжди буде достатня ерекція.”

Під час сеансу гіпнозу у клієнта можна викликати переживання сексуально-збуджуючих сцен, уявлення про відновлення його статевої активності; постгіпнотична сугестія закріплює впевненість у тому, що він перед проведенням статевому акту і під час нього буде відзначатися хороша ерекція.

- **Психотерапевтичний тренінг**

Аутогенний тренінг. Аутогенне тренування утвердилося як ефективний психотерапевтичний засіб, який дедалі більше замінює гіпноз. На нашу думку, переваги аутогенного тренування полягають у наступному: при гіпнотерапії

хворий пасивно ставиться до лікування, у той час як при аутогенному тренуванні він виробляє цілеспрямовану вольову діяльність; при гіпнотерапії особистість лікаря домінує над особистістю хворого; гіпнотерапія не застосовується для пацієнтів з низьким ступенем навіюваності.

Аутогенний тренінг є методом тренування для досягнення загальної релаксації в комбінації з аутосуггестивними формулами. З його допомогою клієнт навчається викликати стан психічного спокою, ліквідувати нервову напругу, регулювати свій душевний стан та деякі вегетативні реакції. Аутогенний тренінг при порушеннях ерекції проводять у класичному 3-місячному варіанті, запропонованому J. H. Schultze, або в скороченому 5-6-тижневому варіанті (Лебединський М. С.) з метою усунення напруги, побоювань та страху перед статевим актом.

Деякі автори рекомендують специфічні аутосуггестивні формули, спрямовані на покращення ерекції, наприклад, «тепло відчувається в нижній частині живота», «статевий член теплий і збільшується» (Лібих С.С.).

В. В. Андріанова розроблена методика групових аутогенних тренувань, що складається з декількох стадій:

а) пацієнти досягають стану аутогенно спричиненої релаксації;

б) вони концентрують свою увагу на активізуючих, спрямованих на досягнення почуття впевненості у собі формулах («з кожним заняттям я стаю спокійнішим і впевненішим», «моя воля посилюється і зростає впевненість у власних силах», «я здоровий, сильний, справжній чоловік») і т.п.);

в) виробляється уявлення про себе при оптимально протікаючому статевому акті;

г) знову досягається стан спокою за допомогою формул - «статевий акт пройшов успішно і надалі буде таким самим успішним», «ми обидва щасливі»;

д) активізуючий та мобілізуючий висновок - «я сповнений енергії».

- **Систематична десенсибілізація.**

Метод був використаний рядом авторів при порушеннях ерекції для ліквідації страху перед невдачею під час статевого акту та можливим незадоволенням партнерки. Однак у порівнянні з контрольними групами виявилось, що цей метод немає істотних переваг [Kockott, 1977].

Метод дозволяє за допомогою релаксації домогтися ліквідації страху:

1. Спочатку клієнт вчиться повністю розслаблятися і одночасно складає перелік ситуацій, що викликають у нього страх, відповідно до їхньої значущості.

2. Потім протягом ряду сеансів психотерапевт вселяє розслабленому пацієнту уявлення про ієрархію страху, починаючи з тих уявлень, які викликають це почуття найменшою мірою.

3. Пацієнт протягом декількох секунд уявляє собі відповідну ситуацію і обумовленим рухом пальців сигналізує, чи відчуває він страх, а потім знову поглиблює релаксацію.

4. Це повторюється до того часу, поки це уявлення за принципом реципрокного гальмування перестав викликати почуття страху [Wolpe, 1969].

- Окрім десенсибілізації, деякі автори застосовують **систематичну десенсибілізацію**, коли клієнт поступово звикає до реальної ситуації за умови доброзичливої атмосфери, яку створює партнерка. Фактором, що інгібує страх, є досягнення статевого збудження замість релаксації [Wolpe, 1969; Kockott, 1974].

Цей метод є різновидом сучасної сексуальної терапії, що базується на сексуальних заняттях партнерів.

- **Аутотренінг, спрямований на самоствердження.** Страх сексуальної невдачі можливо є індивідуальним проявом ширшого почуття страху соціальної

невдачі, нездатності реалізувати свої бажання. У таких випадках у клієнта з порушеннями потенції бажано проведення занять, спрямованих на тренування мистецтва спілкування (як відкинути чийсь претензії, сформулювати власні прагнення, висловити позитивне чи негативне ставлення, розпочати та закінчити розмову тощо).

Найкращим варіантом проведення занять для формування самостверджуючої поведінки є гра запропонованої ролі в психотерапевтичній групі з іншими пацієнтами (психодрама). Надмірно сором'язливим пацієнтам рекомендують розігрувати сценки, де вони домовляються про побачення з дівчиною, активно поведуться на побаченні, розповідають партнерці про свої сексуальні бажання, пов'язані з ними побоювання тощо [Crombach, 1979].

Покірний партнер може тренувати навички самостверджуючої поведінки стосовно дружини [Lazarus, 1971]. Для вирішення сексуальних проблем часто найбільш доцільним є використання ніжності, похвали, участі, тощо, на відміну від проявів агресії стосовно партнерки.

Деякі автори переходять від тренування самостверджуючої поведінки за допомогою психодрами до тренування у реальних соціальних ситуаціях (наприклад, спроба зав'язати розмову з жінками у ресторані, на вулиці тощо) [Arentewicz et al. 1978].

- **Функціональний тренінг – секс-терапія.**

Наведені вище способи тренінгу є допоміжними. При функціональних порушеннях ерекції найефективнішим є прямий тренінг порушеної функції, який ми називаємо простим позитивним тренуванням [Kratochvil, 1976], а М. С. Лебединський (1971) назвав функціональним тренінгом. Він є основою сексуальної терапії, що проводиться безпосередньо із партнерами.

Передчасна еякуляція

- **Медикаментозне лікування** – у профільного фахівця. Наприклад, для зниження загальної збудливості призначають у невеликих дозах анксиолітики, або седативні засоби (калаброн, гістепс, белласпон). Для зниження місцевої реактивності наносять мазь, що анестезує, на головку статевого члена (цинхокаїн).

- **Раціональна психотерапія**

Заснована на поясненні механізмів виникнення порушення та практичних порадах для продовження статевого акту:

а. Рекомендація частішого проведення статевих актів, зокрема молодим сильним чоловікам — повторних актів (при стенічних формах).

б. Гальмування швидкого настання статевого збудження шляхом перемикання уваги із сексуальних подразників на різні несексуальні уявлення; щоправда, це рідко дає позитивний результат.

в. Припинення фрикцій, бажано з залишенням статевого члена в піхві, тому що при статевому збудженні жінки воно розширене і головка практично не прилягає до стінок; іноді необхідно проведення паралельної мануальної стимуляції жінки, щоб у неї не настало небажане зниження збудження; іноді достатньо лише обмежити амплітуду фрикцій.

г. Небажано, запобігаючи можливій вагітності, переривати статевий акт, краще користуватися протизаплідними засобами; іноді корисне застосування кондому, який дещо знижує периферичну збудливість.

д. Використання позиції, при якій жінка знаходиться зверху та активно проводить фрикційні рухи, тоді як чоловік лежить пасивно та розслабляє мускулатуру.

- **Функціональний тренінг**

Методика 1

Senians (1956) розробив методику специфічного тренінгу для віддалення часу настання еякуляційного рефлексу. Партнерка виробляє мануальну стимуляцію статевого члена і припиняє її при появі у чоловіка відчуття еякуляції, що наближається. Після кількох таких стимуляцій можна припустити настання еякуляції. Аналогічну стимуляцію можна проводити при знаходженні статевого члена у піхві.

Методика 2

Masters, Johnson (1970) модифікували методику 1: жінка при наближенні еякуляції приблизно на 3-4 с здавлює головку статевого члена. У цьому великий палець накладає на вуздечку, інші пальці — на віночок головки статевого члена. Здавлення, вироблене досить інтенсивно та своєчасно, негайно пригнічує еякуляторний рефлекс. При цьому одночасно може знижуватись і ерекція. Через 15–30 с стимуляція може бути відновлена.

Спочатку була думка, що ці методи найбільш ефективні, коли стимуляція здійснюється жінкою, але так як це не завжди можливо через небажання партнерки, то рядом авторів було запропоновано методику аутоstimуляції [Annon, 1974; Понделікова, 1977; LoPiccolo, 1978; Zilbergeld, 1978; Crombach, 1979], причому виявилось, що ефективність аутоstimуляційних вправ зберігається у партнерській ситуації. За повного порозуміння партнерів вважається навіть доцільним, якщо чоловік заздалегідь проведе аутоstimуляцію.

Pondelickova (1977) рекомендує молодим недосвідченим пацієнтам виконувати цю процедуру протягом близько 2 місяців. Пацієнт виконує мастурбацію у поєднанні з еротичними уявленнями, чим досягається сексуальне збудження, а при наближенні оргазму спричиняє здавлення. Це повторюється до того часу, поки еякуляція виникне не раніше як за 10–12 хв. Після цього чоловік стає здатним продовжувати стимуляцію статевого члена до 10-12 хв без настання еякуляції та здавлення головки.

На відміну від раніше рекомендованого уповільнення або припинення фрикцій при статевому акті, яке має на меті знизити ступінь статевого збудження чоловіка, ряд авторів, особливо Kaplan (1974), вважають, що тренінг дозволяє досягти здійснення довольного контролю над еякуляторним рефлексом та високого рівня статевого збудження. При цьому особливе значення надається не відволіканню уваги від сексуальних подразників і відчуттів, а, навпаки, спрямованості уваги на сексуальні відчуття, зокрема на реалізацію еякуляторного рефлексу, що наближається - все це поступово дозволить регулювати його.

На думку Kaplan, досягти бажаного ефекту, тобто контролю над еякуляторним рефлексом при мануальній стимуляції, можна протягом 3-4 тижнів.

Ми поки що скептично ставимося до можливості досягнення довольного контролю за еякуляторним рефлексом і вважаємо, що слід навчити чоловіка так регулювати рівень сексуального збудження, щоб еякуляція не виникала досить довго.

При мануальній стимуляції рекомендується застосування змащувальних засобів, з одного боку, для того, щоб не виникало подразнення слизової оболонки, а з іншого – щоб ступінь зволоження досягав приблизного ступеня зволоження піхви.

Ретардована еякуляція та її відсутність

- **Раціональна психотерапія**

Спочатку обов'язково треба з'ясувати причини розладу. Він може бути пов'язаним зі зниженням потягу до партнерки, втратою або загасанням еротичних переживань, пов'язаних із цією жінкою та/або неможливістю реалізувати з партнеркою свої сексуальні фантазії.

- **Функціональний тренінг**

Застосовується, якщо в парі не порушено, або збережено взаємний потяг, повагу, довіру. Часта причина розладу у цьому випадку – це тривала відсутність статевих зносин (наприклад, моряки, тощо).

У разі повної відсутності еякуляції або її відсутності при статевому акті застосовують усі форми стимуляції, якими клієнт може її викликати, а потім поступово роблять спроби викликати її разом із партнеркою при статевому акті.

Наприклад, жінка робить стимуляцію статевого члена за бажанням партнера, щоб вона могла переконатися в тому, що у нього може відбутися еякуляція за її участі та допомоги. Потім партнер після підготовчих любовних ігор мастурбує сам або за допомогою партнерки до того моменту, коли наближається момент еякуляції і проникнення для того, щоб еякуляція відбулася в піхву.

Поступово слід навчитися вводити статевий член у такий момент, щоб перед настанням еякуляції можна було б зробити кілька фрикцій. Статевий акт проводять так, щоб роздратування статевого члена під час фрикцій можна було б доповнити стимуляцією власною рукою або партнеркою. Ефективність підвищується, якщо це доповнюється сексуальними фантазіями.

При статевому акті можна використовувати деякі прийоми, які можуть на стадії фрикцій сприяти посиленню статевого збудження та настанню еякуляції. Наприклад, при статевому акті жінка частково одягнена, а потім, для посилення статевого збудження у партнера, знімає одяг і т.п.

При тотальній анеякуляції рекомендується тренування еякуляційного рефлексу за допомогою вібратора. Стимуляцію спочатку продовжують 10-15 хв (максимально - 30), надалі скорочують до 5 хв.

У разі загальної астенизації клієнта рекомендують загальнозміцнююче лікування та фізіотерапію.

- **Патогенетична психотерапія**

Заснована на бесідах, під час яких виявляються психогенні причини розладу. Аналізується біографія клієнта з особливою увагою на його відносинах з оточуючими у різні періоди життя, на конфліктах, переживаннях та життєвих ситуаціях, які передували захворюванню та могли б вплинути на виникнення сексуальних розладів. Аналіз має бути орієнтований як у актуальні ситуації, і на минуле. Психотерапія дозволяє виявити більш-менш ясні зв'язки та мотиви, а також ті, які досі залишалися неусвідомленими.

Основою патогенетичної психотерапії є розуміння особи та її відносин як внутрішніх причин функціональних розладів.

Головним принципом терапії є корекція особи та заміна її установок. На відміну від раціональної психотерапії при цьому не обмежуються чистою інформацією та вказівками від психотерапевта, але приходять до істини на основі власних зусиль пацієнта, тобто до розуміння зв'язків та до з'ясування механізмів власних помилкових висновків на основі минулих переживань особистості.

Розмови можуть бути індивідуальними чи можливе проведення групової психотерапії [Васильченко Р. З, 1977; Kratochvil, 1978], як у амбулаторних умовах, так і у спеціалізованих відділеннях (особливо коли пацієнт невротизований чи його сексуальні розлади виступають як прояви неврозу).

Висновки до розділу III

Ми встановили, що у проблемах сексуальної сфери ведучим є психологічний фактор, що міг спричинити розлад у минулому, що й пояснюється негативним теперішнім досвідом.

Проаналізувавши літературу, в якій описані методи терапії сексуальних розладів у чоловіків, ми зробили наступні висновки:

При зверненні клієнта до психолога з проблемою сексуальної сфери треба слідувати певному алгоритму: спочатку треба встановити чи є необхідність у медикаментозному лікуванні і виключити можливість органічного походження сексуального розладу - це визначає профільний фахівець (уролог, сексопатолог, психіатр і т.д.).

Основною та причинною терапією функціональних сексуальних розладів є психотерапія.

Важливо прослідкувати психо-сексуальний розвиток особистості від народження і до теперішнього часу, що у більшості випадків надає змогу відслідкувати травмуючі переживання та відкоригувати їх разом з психотерапевтом.

Головним принципом терапії є корекція особи та заміна її установок.

Чоловікам важливо тренувати навички самостверджуючої поведінки стосовно партнерки.

Для вирішення сексуальних проблем у парі часто найбільш доцільним є використання ніжності, похвали, участі, тощо.

Дуже важлива емпатична та доброзичлива участь партнерки та створення нею приємної та довірливої атмосфери.

Тренування мистецтва спілкування та вміння сформулювати власні прагнення - також дуже важливе для загального покращення психологічної атмосфери в парі.

Важливим фактором є відповідальна, компетентна та професійна робота психотерапевта, але дуже важливі і власні зусилля пацієнта.

До ефективних методів терапії сексуальних розладів поряд з психотерапією також можна віднести:

- патогенетичну психотерапію;
- гіпнотерапію;
- застосування аутотренінгу;

- раціональну психотерапію;
- функціональний тренінг;
- групова психотерапія;
- систематичну десенсибілізацію;
- медикаментозне лікування.

ВИСНОВКИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ

Порушення у сексуальній сфері роблять чоловіка нездатним забезпечити жінці статеве задоволення, порушують взаємини у парі, ведуть до розпачу, що нерідко призводить до розриву відносин. Іноді чоловік з проблемами у сексуальній сфері не наважується створити сім'ю і водночас змушений приховувати від своїх рідних та знайомих причину неодруження. Чоловіки зазвичай не соромляться повідомляти близьких про захворювання органів дихання, травлення чи кровообігу, але вважають для себе принизливим, якщо оточуючі дізнаються про те, що вони страждають на статеву слабкість. Поступово в таких чоловіків звужується коло спілкування, тому що його однолітки та друзі обзавелися сім'єю і в них стало мало спільних інтересів. Усе це болісно переживається чоловіками, завдає їм важкої психічної травми і нерідко веде до виникнення неврозів. Домінують уявлення про свою сексуальну

неповноцінність, пригнічений настрій. Такі чоловіки навіть уникають жіночого суспільства, часто пиячать.

Все це призводить до того, що хворі фіксують увагу на дійсних або уявних соматичних захворюваннях, чим «виправдовують» зниження сексуальної активності. Часто відзначається фіксація уваги змінах, що нібито виникли в статевих органах. У молодих людей після випадкової сексуальної невдачі нерідко виникає онанофобія, або навіть коїтофобія — страх статевого акту, що призводить до психогенної імпотенції і страху одруження. Рідко зустрічаються хворі із сексуальними розладами, у яких не вдається виявити таких явищ нав'язливості, як страх невдачі.

Багато респондентів говорять про порушення ерекції при алкогольному або наркотичному сп'янінні, що вказує на органічну складову проблеми порушень сексуальної функції у чоловіків, однак все ж більшість відповідей опитуваних чоловіків вказала на психологічну причину сексуальних порушень.

Також переважна більшість респондентів мають вторинні порушення ерекції, а саме такі, що виникають після деякого періоду нормального статевого життя, а не на його початку.

У сексопатологічній практиці досить часто зустрічаються хворі з поєднаним розладом лібідо, ерекції та еякуляції та наша робота вказала на те, що такі випадки дійсно мають місце.

Нам вдалося встановити взаємозв'язок між сексуальними розладами у чоловіків з психологічними проблемами та індивідуальними особливостями характеру.

Також, ми встановили, що у більшості опитаних нами чоловіків причини сексуальних розладів пов'язані з ситуаційними факторами.

Більшість респондентів вказали на те, що найбільш поширеною причиною розладів ерекції у чоловіків є "страх очікування сексуальної невдачі".

Провівши якісний аналіз кожної анкети окремо, ми робимо висновок, що страх сексуальної невдачі, який у виражених випадках може досягати ступеня

коїтофобії, є найпоширенішою психологічною причиною сексуальних дисфункцій у чоловіків. Як правило, в основі виникнення тривожного очікування невдачі при коїтусі лежать нав'язливі спогади про попередні сексуальні зриви.

Вивчивши проблему впливу саме психоемоційного стану на рівень сексуальної активності чоловіків та більш детально ознайомившись з методами психотерапевтичної корекції розладів сексуальної сфери у чоловіків треба зазначити, що:

- Психотерапія займає провідну роль у корекції проблем, пов'язаних зі статевим життям.
- До ефективних методів терапії сексуальних розладів поряд з психотерапією також можна віднести: патогенетичну психотерапію; гіпнотерапію; аутотренінг; і т.ін.
- Існує ряд альтернативних психотерапевтичних методик, які можуть бути використані для нейтралізації негативного досвіду пацієнтів. Одним із способів трансформації психотравмуючих спогадів та послаблення пов'язаних з ними негативних емоційних реакцій пацієнта - використання техніки інтеграції якорів, розробленої в НЛП (Д. Гріндер, Р. Бендлер, 1994; Л. Камерон-Бендлер, 1996). Якір - це специфічний стимул, пред'явлення якого дозволяє перенести минулий досвід людини зараз і відтворити пов'язані з нею стан і переживання. В основі застосування технік «якоріння» лежать класичні роботи І. П. Павлова про умовні рефлекси.

Важливо зазначити, що застосувавши методи психотерапії та налагодивши проблемну ситуацію, або подружні відносини, стабілізується психоемоційний стан людини, що позначається і на сфері сексуального життя.

Результати нашої роботи дуже чітко висвітлюють серйозність цієї проблеми і необхідність її детального вивчення, відповідального ставлення, професійної терапії, і надалі проведення просвітницької роботи з питань

людської сексуальності та проблем статевого життя.

Список використаних джерел:

1. Бейкер К., Варга А. Я. “Теорія сімейних систем Мюррея Боуена”//2005 - С. 20-32.
2. Бодалев А., Столин В.В. “Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования.”//1989 - С.34-50.
3. Боуен Мюррей “Сімейна терапія в клінічній практиці”//1978 - С.21.
4. Васильченко Г.С. “Сексопатология. Справочник”//1978 - С.28.
5. Васильченко Г.С. “Частная сексопатология. Том 1”//1983 - С.119.
6. Васильченко Г.С. “Частная сексопатология. Том 2”//1983 - С.131.
7. Ворник Б.М. “Сексология и сексопатология”//2020 - С.200-204.
8. Гросман А.Л. “Медицинская психология”//1998 - С.421-422.
9. Дэвид Э. Шарфф “Сексуальные отношения. Секс и семья с точки зрения объектных отношений”//2008 - С.84.
10. Добряков И.В. “Перинатальная психология”//2015 - С.202-212.
11. Доморацкий В. А. “Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств”//2009 - С.126-138.

12. Доморацкий В. А. “Сексуальные нарушения и их коррекция”, Краткое практическое руководство по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций, Ростов Н/Д, Феникс//2003 - С.235.
13. Елисеев Ю. Ю. “Психосоматические заболевания”//Справочник, 2003 - С.502.
14. Еникеева Д. “Гармония секса”//2006 - С.264.
15. Ильин Е.П. “Психология любви”//2014 - С.67-71.
16. Имелинский К. “Сексология и сексопатология”//1982 - С.205-230.
17. Карл Бриш “Теория привязанности и воспитание счастливых людей”//2014 - С.273.
18. Кащенко Евгений, Прокопенко Юрий, Анна Котенёва, Денис Новиков, Андрей Осипов, Елена Черепанова, Александр Харитонов, Елена Ершова, Жанна Семёнова, Алёна Чалова, Геннадий Дерягин, Георгий Введенский “Психология сексуальности. Учебное пособие к курсу.”//2008 - С.174.
19. Кон И.С. “Сексология”, Учебное пособие//2004 - С.163-172.
20. Кратохвил С. “Терапия функциональных сексуальных расстройств”//1985 - С.43-47.
21. Кратохвил С. “Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний”//1987 - С.121-129.
22. Кришталь В. В., Андрух Г. П. “Сексуальная гармония супружеской пары. Сексуальная дисгармония супружеской пары”//Х. Велес, 1996 - С.234-262.
23. Кришталь В. В., Гульман Б. Л. “Нормальная сексология”//1997 - С.178-179.
24. Кришталь В. В., Григорян С.Р. “Клиническая сексология мужчин”//1998 - С.193-199.
25. Кришталь В. В., Гульман Б. Л. “Клиническая сексология ; Общая сексопатология”//1997 - С.77.

26. Лоуэн А. “Любовь и оргазм”//Ростов-на-Дону, «Феникс», 1998 - С.303-306.
27. Мандель Б.Р. “Психология зависимостей (аддиктология)”//Учебное пособие, 2014 - С.64-68.
28. Мартель Б. “Гештальт-терапия сексуальности”//2016 - С.8-11.
29. Николаева В.В., Тищенко П.Д. “Телесность человека междисциплинарный подход”//1995 - С.129-156.
30. Старшенбаум Г.В. “Сексуальная и семейная психотерапия”//2003 - С.290-340.
31. Старшенбаум Г.В. “Психотерапия расстройств личности”//2020 - С.17-35.
32. Филип Зимбардо, Никита Коломбе “Книга Мужчина в отрыве. Игры, порно и потеря идентичности”//2017 - С.264.
33. Фенвик Элизабет, Морис Яффе “Секс в жизни мужчины”//1990 - С.73-77.
34. Фрейд З. “Психология сексуальности”//1905 - С.52-88.
35. Херсонский Б.Г., Дворяк С.В. “Психология и психопрофилактика семейных конфликтов.”//1991 - С.39.
36. Хорни Карен “Невротическая личность нашего времени. Новые пути в психоанализе”//1937 - С.289-315.
37. Щеглов Л.М. “Интимная жизнь мужчины. Сексология”//2013 - С.31-54.
38. Шнейдер Л.Б. “Основы семейной психологии”//Воронеж: НПО «МОДЭК», 2005 - С.61.
39. Alfred Kinsey “Sex Ethics and the Kinsey Reports”//1954 - С.25.
40. Alfred Kinsey “Sexual Behavior in the Human Male”//1936 - С.12.
41. Helen Singer Kaplan “The Illustrated Manual of Sex Therapy”//1994 - С.203-204.
42. Thomas Maier “Masters of SEX”//2009 - С.200-203.

43. William H. Masters, Virginia E. Johnson “Human Sexual Inadequacy”//1966 - C.36.
44. William H. Masters, Virginia E. Johnson “Human Sexual Response”//1966 - C.564.
45. William H. Masters, Virginia E. Johnson “Sex and human loving”//1986 - C.123-131.