

2. Леонтьев, А.Н., (1977), Деятельность. Сознание. Личность., Политиздат, Москва, 304 с.

3. Нова українська школа: порадник для вчителя /Під заг. ред. Бібік Н.М., ТОВ. «Видавничий дім» «Пляди», Київ, С. 168-185

ГЕНЕЗА ТА КОРЕКЦІЯ ЕРЕКТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

УДК 159.616.69

Томчук С. М.,

кандидат психологічних наук, доцент,

доцент кафедри психології,

КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти»

Актуальність дослідження. Надання допомоги людям з сексуальними дисфункціями на сьогоднішній день є дуже актуальною проблемою, що не може обмежено вирішуватись лише фармакологічними чи хірургічними втручаннями. Генеза проблеми порушення ерекції у чоловіків, як і інших сексуальних дисфункцій потребують належного мультимодального вивчення і біологічних, і психологічних, і соціальних чинників.

Американськими дослідниками з NHSLS (Laumann, Gagnon et al., 1994) у своєму опитуванні виявили у 10% чоловіків проблеми з ерективною функцією шляхом анонімного опитування. А результати масштабного дослідження (Laumann et al., 1999) вказують на наявність сексуальних дисфункцій у понад 31% чоловіків. Вище зазначене підкреслює наукове та практичне значення проблеми, а також необхідність вивчення особливостей генези і ефективних шляхів надання допомоги подібним клієнтам.

Короткий аналіз останніх досліджень і публікацій з проблеми. Значна кількість експериментальних досліджень також вказують на наявність домінуючої психогенної складової у розвитку ерективної дисфункції, а тому остання потребує не стільки медичних, але психокорекційних та психотерапевтичних втручань (Masters & Johnson, 1970; Wincze & Carey, 1991).

Психологічні інтервенції розроблені за останні кілька десятиліть в межах когнітивно-поведінкової психотерапії мають найбільшу емпіричну основу у подоланні сексуальних дисфункцій у порівнянні з іншими напрямками психотерапій (Barlow, 2000).

Метою наукової публікації є теоретичний аналіз когнітивно-поведінкового підходу до пояснення походження та розвитку ерективної дисфункції у чоловіків, а також пошуку ефективних психокорекційних впливів на них.

Виклад основного матеріалу дослідження. У науковій літературі наявні кілька понять, які описують одне і те ж за своїм змістом явище: «ерективний розлад», «ерективна дисфункція», «порушення ерекції» «імпотенція».

У даній статті нами буде використано поняття «ерективна дисфункція», під яким ми розуміємо стійку або повторювану нездатність досягнути чи підтримувати адекватну ерекцію для початку або до завершення статевого акту.

Проведений нами аналіз літератури, вказує на необхідність врахування наступних підстав у генезі ерективної дисфункції: психічних та поведінкових розладів: особливо афективних розладів, розладів викликаних вживанням психоактивних речовин, шизофренією; соматичних хвороб: анатомічні дефекти, вроджені аномалії, цукровий діабет, інші ендокринні захворювання, урологічні захворювання, неврологічні захворювання, судинні захворювання; вживання ліків: антидепресанти (прозак, золофт, паксил), гіпотензивні засоби, антипсихотичні ліки, сечогінні препарати (Finger, Lund & Slagle, 1997) тощо.

Вище зазначені передумови можуть впливати, як окремо, так і у поєднанні з психологічними факторами розвитку ерективної дисфункції.

Причини будь-якої сексуальної проблеми можуть бути достатньо складними та включати в себе тісно взаємопов'язані фізіологічні, емоційні і міжособистісні проблеми.

Важливим фактором впливу на сексуальне функціонування, в тому числі і на ерективну функцію, є взаємини між партнерами. Комунікативні труднощі можуть проявлятися у тому, що партнери можуть не розповідати один одному про види стимуляцій чи пози, які є найбільш приємними, а також про ті, які викликають роздратування. Відсутність контакту у цій сфері може перерости у серйозні та дуже тривалі конфлікти (Metz & Dwyer 1993). Було також помічено, що якщо два партнери прагнуть до домінування в стосунках, то це обов'язково відобразиться у проблемах із сексуальними взаєминами (Foreman & Dallos, 2003).

Посилення проблеми ерективної дисфункції у чоловіків залежить також від того, як ставиться партнерка до вже наявних труднощів у свого чоловіка. Найменше знецінення, негативні оцінкові судження, образи можуть призвести до ще більшого загострення проблеми. Додатковою трудностю постає ситуація сексуальної непривабливості партнерки. Однак, чим благополучніші і стабільніші взаємини між партнерами, тим більш позитивні та успішні результати психокорекції і психотерапії (Hurlbert & Rabehl, 1993; Lobitz, 1996).

Стандарти, які нав'язуються суспільством щодо сексуальних якостей та моделей сексуальної поведінки досягають сьогодні майже міфологічних пропорцій. Це зумовлює самознецінення та формування «сексуального перфекціонізму» у чоловіків. Навіть для чоловіків, яким не властиві завищені сексуальні очікування, тиск соціальних стандартів та природне

бажання «бути на висоті» може стати надмірним та за певних критичних ситуацій спровокувати ерективний розлад. Боязкість неуспіху у сексуальних стосунках є природним наслідком «сексуального перфекціонізму», що видно з нижче наведеного рисунку (Рис. 1).



Рис. 1. Механізми сексуального перфекціонізму у чоловіків

Внаслідок тривожних думок та занепокоєнь щодо власних сексуальних спроможностей у ситуаціях можливого сексуального контакту такий клієнт буде переживати інтенсивну тривогу або страх. Данні емоційні стани, нажаль, є несумісними із природним статевим збудженням, а отже викликать зменшення ерекції або її повну відсутність.

Із сексології відомо, що за умов нормального соматичного здоров'я ерекція виникає у двох випадках:

- за рахунок когнітивних процесів у центральній нервовій системі (пошук сексуальних інтерпретацій у думках, когнітивна оцінка сприйнятих об'єктів, образів уявлень, фантазій);
- унаслідок дії стимулів на периферичну систему збудження (стимули від органів відчуттів (зорові, слухові, смакові, нюхові відчуття), дотикові відчуття від геніталій).

Як видно з поданого нижче рисунку (Рис. 2), ці два основних фактори є взаємопов'язані та взаємообумовлюють один одного та разом сприяють появі сексуальної реакції у формі ерекції та сприяють загальному збудженню організму. Якщо порушення відбуваються на одній із ланок, ерекція може бути ускладненою.



Рис. 2. Механізми сексуального збудження у чоловіків

Так само надмірно контрольована свідомістю когнітивна обробка стимулів, що надходять до ЦНС від периферійних відділів, може призводити до гальмування сексуальної реакції. Це зумовлено, насамперед, змістом когніцій, які будучи у свідомості не сприяють наростанню сексуального збудження, а відсутність останнього, згодом стає підтвердженням самої проблеми для клієнта (див. Рис. 3).

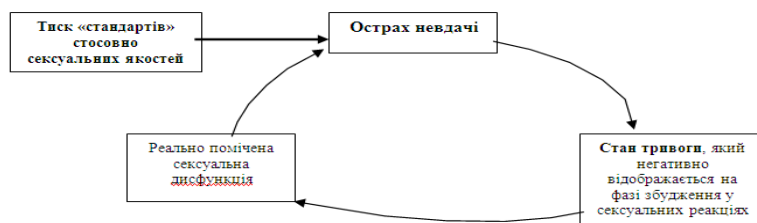


Рис. 3. Модель розвитку сексуальних дисфункцій у чоловіків

Дана модель вказує на походження сексуального розладу, де найменший неуспіх внаслідок надмірних очікувань може призвести до вираженої ерективної дисфункції за дуже короткий час. Аналіз поведінкових реакцій у випадку наявності остраху сексуальної невдачі вказує на те, що підтримуючими механізмами для розвитку ерективної дисфункції є охоронна поведінка клієнта та уникання. Останні використовуються клієнтом з метою нейтралізації тривоги та дискомфорту, а також з метою посилення впевненості у своїх можливостях.

У такому разі клієнт може використовувати, як уникання самих стосунків, так і окремих поз чи стимуляцій, сканувати себе на предмет наявності проблеми роблячи спроби мастурбації та перегляду еротичних матеріалів, пити певні лікарські засоби, використовувати особливі дієти і т.п. Хоча ця поведінка є досить закономірною, проте за відсутності корегуючого досвіду, негативні автоматичні думки та тривога залишаються або ж посилюються, чим ще більше ускладнюється ерективна дисфункція у довгостроковій перспективі (див. рис. 4).

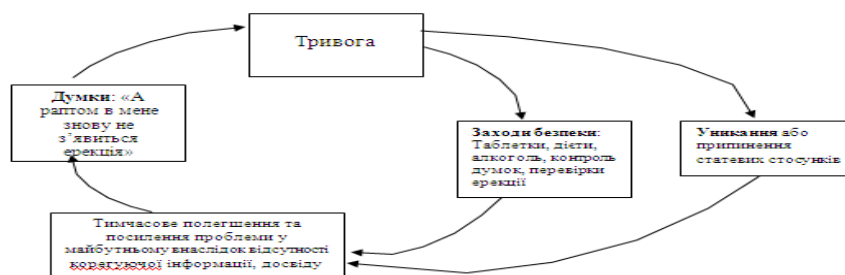


Рис. 4. Модель розвитку еректильно дисфункції у чоловіків

Враховуючи вище зазначені моделі, логічним є застосування як поведінкових, так когнітивних технологій у випадку ерективної дисфункції. Поведінковий підхід Masters & Johnson (1970), а також доповнення Kaplan (1995) роблять акцент, насамперед, на посиленні відчуттів з боку периферійної системи та блокування боязкості неуспіху через припинення самого інтимного контакту на час формування нової моделі поведінки.

Аналіз першоджерел дав можливість виділити та узагальнити основні підходи та принципи у роботі з ерективною дисфункцією шляхом інтеграції досліджень з сексології та моделі когнітивно-поведінкової психотерапії:

1. Оцінка і концептуалізація проблеми: випадок клієнта необхідно детально вивчити, шляхом аналізу «сексуальної історії» клієнта (Warren & Sampson, 1995). Під час перших сесій терапевт намагається зрозуміти події минулого життя пацієнта, тригери, специфічну поведінку, тілесні реакції і особливо чинники, що підтримують проблему останнім часом, впливаючи таким чином на дисфункцію. Часто, щоб прийти до правильного висновку, потрібна мультидисциплінарна команда фахівців, у тому числі, яка складається з уролога, психіатра і невропатолога.

2. Взаємна відповідальність: терапевт підкреслює принцип взаємної відповідальності. Партнери вирішують сексуальну проблему, що виникла в їхніх взаєминах, незалежно від того, хто з них насправді страждає від дисфункції, і лікування буде більш успішним, якщо терапію проходять обидва партнери.

3. Освіта і сексуальність: багато пацієнтів, які страждають від сексуальних дисфункцій, знають дуже мало про фізіологію і психологію сексу. Так що психологи можуть запропонувати їм якісну психоедукацію, дискусію, навчальні фільми, книги тощо.

4. Зміна дисфункційних установок: психолог допомагає клієнтам проаналізувати і змінити уявлення про сексуальність, які заважають отриманню сексуального збудження, адже, травматична подія, сімейні установки або культурні ідеали можуть створити негативні уявлення, що перешкоджають природному збудженню й задоволенню (Rosen, Leiblum & Spector, 1994).

5. Боротьба з тривогою, що пов'язана із статевим актом: психолог\сексолог вносить роз'яснення, може запропонувати вправи, які навчають клієнтів зосереджуватися на своїх сексуальних відчуттях і спокійно отримувати задоволення. Для цього клієнтам пропонується серія завдань з «фокусування на відчуттях», за рахунок яких партнери зосереджуються на отриманні сексуального задоволення, а не на страху «неуспіху». З часом партнери навчаються краще надавати один одному і, відповідно, отримувати сексуальне задоволення, і знову відновлюють свою сексуальну активність (Masters & Johnson, 1970; Wincze & Carey, 1991).

6. Зміцнення навичок життєвої та сексуальної комунікації: з парою психолог розглядає труднощі та існуючі бар'єри у спілкуванні про «це», навчає ефективним способам комунікації, вирішення конфліктів тощо.

7. Зміна деструктивного життєвого стилю і взаємодії: психолог заохочує пару змінити стиль життя або поліпшити ситуацію, що надає деструктивний вплив на їхні стосунки - наприклад, віддалитися від родичів дружини або чоловіка, зменшити навантаження на роботі, більше проводити часу разом спільно займаючись справами, які подобаються як одному, так і іншому партнеру (Segraves, 1988;. Shrivastava, 1995).

Висновки. На основі аналізу наукової літератури та досвіду роботи з клієнтами можна зробити ряд висновків щодо походження та корекції ерективної дисфункції у чоловіків: ерективна дисфункція найчастіше всього буває викликана низкою факторів. До таких факторів відноситься попередній досвід, життєві обставини, чинники сексуального виховання, біологічні передумови. Такі причини активуються певними *критичними обставинами* чи збігом факторів: психотравматичний сексуальний досвід, конфлікт з дівчиною\дружиною, образа «чоловічих» спроможностей, дистрес на роботі і т.п. Зрештою, така дисфункція перетворюється із ситуативної у стійку та хронічну за умов певних зовнішніх та індивідуальних *підтримуючих факторів та процесів*. До зовнішніх підтримуючих факторів можна віднести тривалі непорозуміння, конфлікти, проблеми у взаєминах з партнеркою, відсутність навиків спілкування, брак довіри і відвертості з питань сексуальності тощо

Труднощі роботи з даною категорією клієнтів пов'язані з проблемою відвертості з боку клієнтів з питань інтимно-особистісних та вимагає всебічного обстеження проблеми є бажаною співпраця з партнеркою.

Це й стане **предметом подальших досліджень.**

Список використаної літератури.

1. Каплан, Х.С., (1994), Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. В.Л. Краева, Независимая фирма «Класс», Москва, 160 с.
2. Маккей, М., Девис, М., Фэннинг, П., (2011), Как победить стресс и депрессию. – СПб.: Питер
3. Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
4. Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J., (1992), Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 161-175
5. Kaplan H.S. Disorders of Sexual Desire. New York: Brunner/Mazel, 1979.
6. Kaplan H.S. Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorder. New York: Brunner/Mazel, 1987.