

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ К. Д. УШІНСЬКОГО»**

*(кафедри теорії та методики практичної психології,
кафедра психіатрії, медичної та спеціальної психології)*

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки)

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ**

(кафедра психології)

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(кафедра практичної психології)

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**Збірник наукових праць
Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції**

19 травня 2023 року

Одеса – 2023

При допомоги ДКВ можна знімати напругу, виходити з деструктивних емоційних станів (страх, роздратування), різко розширювати можливості як сприйняття, так і переробки інформації. Близькість площинного дКВ до АТ визначає реабілітаційні можливості дКВ без існуючих в АТ обмежень, що не допускають її застосування при коливанні артеріального тиску і ряду соматичних розладів. А широкий діапазон модельованих функціональних станів дозволяє створювати високодиференційований сценарій психотерапевтичних алгоритмів.

Література

1. Бахтияров О.Г. Постинформационные технологии: введение в психонетику. К.: Изд. Экспир. 1997.
2. Бахтияров О.Г. Деконцентрация. К.: Изд. Ника-Центр. 2002.
3. Калинаускас И. Н. Учебно методическое пособие по преподаванию методики дифференцированных функциональных состояний. Од. Изд.: Фонд Лики Культур. 2005.
4. Культура – как живое целое: культура и духовные традиции, культура и работа сознания. Тезисы докладов международной научно-практической конференции 11-13 сентября 1997. Одесса. Одесса, 1998.
7. Held R. Exposure-history as a factor in maintaining stability of perception and coordination. *J. Ntrv. And Mental Disease*. 1961. v.132. P. 26–32.

ПРОЯВ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ

Лазоренко Т. М., Ковшар Д. І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

В сучасному світі все більше і більше уваги приділяється людській особистості та її сексуальності. Донедавна питання як сексуальних дисфункцій, так і розладів особистості, які довгий час звалися психопатіями, було табуовано не тільки в суспільстві, а і в наукових спілках.

Найбільший вклад у розуміння та діагностику розладів особистості зробили наступні вчені П. Б. Ганушкін, котрий описав критерії розладу особистості, О. В. Кербіков, який розділи психопатії на 3 типи (ядерні, краєві та органічні), Жаріков Н. М, відомий своїми працями у галузі епідеміології психічних захворювань, Гурьєва В. А., яка описала взаємозв'язок між психопатіями та алкоголізмом та інші.

Згідно з DSM-5: “Розлади особистості — стійкі ригідні патерни довгої тривалості, які викликають значний дистрес чи порушення і які не є наслідками вживання певних речовин чи іншого медичного стану” [3].

Дослідження в галузі клінічної психології в теперішній час показало безліч факторів, які можуть викликати психічні порушення. Ці фактори є ендогенними: біологічними, фізіологічними, спадковими, генетичними, тощо, та екзогенними: інфекційними, інтоксикаційними, травматичними тощо [1].

Діагностичні критерії розладу особистості розробив П. Б. Ганушкін, і вивів 3 основні:

1. Порушення адаптації внаслідок виражених патологічних властивостей.

2. Тотальність психопатичних особливостей.
3. Їхня відносна стабільність та мала оборотність [1].

Спираючись на дослідження розладів особистості за DSM-5, можна розділити їх на 3 кластери:

- А («дивні або ексцентричні розлади»);
- В («театральні, емоційні»);
- С («тривожні, панічні»).

Кожен кластер має свої спільні риси, кластер А: соціальна незграбність та ізоляція, викривлені моделі мислення, кластер В: проблеми з емоційною регуляцією та патологічна потреба до уваги, кластер С: високий рівень тривоги [3].

При діагностиці розладів особистості та сексуальних дисфункцій, як вказують Жаріков Н. М., Тюльпін Ю.Г., найскладнішим питанням є розуміння саме ведучих причин психічного порушення [1]. По перше, механізми розвитку психічних порушень ще не до кінця визначені та відомі, особливо, якщо говорити про розлади особистості. По друге, у деяких осіб може бути декілька патогенних факторів, і зрозуміти, що є першопричиною, а що є наслідком, складно, якщо взагалі можливо. На сам кінець, наявність патологічного фактора не завжди гарантує розвиток психічного порушення, так як кожна людина має різну стійкість психічної та нервових систем.

Одним із важливих аспектів гармонійної адаптації індивіда з розладом особистості є і гармонійна сексуальна адаптація. Протягом своєї історії люди розглядали питання сексуальних дисфункцій з різних точок зору та підходів, в східних культурах сексуальність розглядалась, як щось енергетичне та містичне, коли ж в західних культурах був прагматичний підхід, а дослідження цих різних підходів та думок допоможуть розібратися та поєднати кращі із них.

Проблема сексуальних труднощів з'явилась не в сучасному світі, а була описана з давніх часів, і такі культури, як грецька, римська і китайська, визнавали своє занепокоєння щодо сексуальних розладів. В Стародавній Греції вважалося, що сексуальні дисфункції були спричинені дисбалансом чорної жовчі чотирьох гуморів, що спричиняло безпліддя, а також еректильну дисфункцію. Серед медичних працівників Римської імперії також гостро стояло питання сексуальної недієздатності, вони намагалися лікувати її, використовуючи ряд розчинів, таких як суміш меду і перцю, що нібито посилювало лібідо. Якщо описувати погляди стародавньої китайської культури щодо причин сексуальної дисфункції, то китайці вважали, що саме недостатність енергії ян була першопричиною, яку нібито можна було виправити за допомогою акупунктури або застосування трав'яних засобів [8].

Очевидно, навіть за часів наших попередників набувало значення лікування проблем сексуальної активності, незважаючи на те, що доступність джерел, знань та досліджень була обмежена.

Якщо переходити до сучасної сексології, то першопроходцями в цій темі є В. Мастерс та В. Джонсон, вони почали досліджувати сексуальну функцію. Одна з їхніх робіт була саме про сексуальні взаємостосунки та здоров'я, як про

фізичний аспект так і психічний. Вони зробили сексуальну революцію у медичному та психологічному світах. Вони спростували багато упереджень щодо сексу людям з фізичними та психічними вадами. Наприклад, вони змогли довести, що розумово відсталі теж можуть займатись здоровим сексом, а раніше вважалося, що через їхню відсталість вони є або асексуалами (асексуал - людина, яка вроджено немає сексуального потягу) або нездатними контролювати свої сексуальні потяги. Дослідники пояснили, що насправді сексуальні дисфункції можуть мати не такі і глибокі корені, як вважається, вони можуть бути спричинені банальною неосвідченістю та нерозумінням здорових тілесних проявів [18].

Далі сексуальні дисфункції почала досліджувати Х. Каплан і створила сексуальну терапію подружніх пар. Вона розширила наше розуміння сексуальних дисфункцій та описала їх можливу етіологію. Хеллен вважала, що сексуальна дисфункція – це континуум різнорідних та послідовних факторів серед яких і ледве помітні негативні тривожні передчуття і глибокі сексуальні та психічні патології [19].

Якщо говорити про вітчизняних сексологів, які досліджували сексуальність та її патологію, то важливо виділити невропатолога Г. Васильченко та українських психіатрів-сексологів В. Кришталь, С. Григоряна, Г. Кочаряна. Саме вони поєднали психопатологію та її вплив на сексуальну дисфункцію. В. Кришталь визначав: “Дискретні сексуальні розлади можуть виникати незалежно від динаміки психопатії, супроводжувати її декомпенсацію або включатися до структури психопатії як вторинних симптомів і синдрому” [2]. Тобто ми можемо зробити висновок, що сексуальна дисфункція може бути пов’язана з розладом особистості, мати компенсаторний характер розладу або бути окремим симптомом, якій не залежить від розладу.

Сексуальні дисфункції є поширеним, за деякими дослідженнями сексуальна дисфункція в певний момент часу була присутня у 50% населення (Мастерс та Джонсон, 1970), а за дослідженням 2001 року до 95% населення страждали від сексуальних проблем [12]. Попри їхню поширеність сексуальні дисфункції є часто стигматизованими.

Хейман стверджує, що сексуальні дисфункції впливають на багато аспектів сексуальності, таких як сексуальне бажання або інтерес, досягнення та підтримання рівня збудження, оргазм або його наявність, а також біль, який відчувається під час статевого акту [9]. Було виділено чотири групи класифікації типів сексуальної дисфункції: розлади, пов’язані з сексуальним бажанням, які знижують кількість та якість статевого потягу; розлади фізіологічного збудження; оргазмічні розлади, які перешкоджають досягненню оргазму, та розлади, пов’язані із болісним статевим актом [9]. Спричинити ту чи іншу дисфункцію можуть як психологічні чинники, так і фізіологічні.

Поширеність статевих дисфункцій серед осіб з розладами особистості є часто забутою, але важливою проблемою. Вивчаючи кожну з цих тем, ми можемо отримати краще розуміння поширеності та наслідків сексуальних дисфункцій у осіб з розладами особистості.

При певних розладах особистості сексуальні дисфункції можуть бути як симптоми психопатології так і виникати поза розладом, можуть дискретними та континуальними.

Дискретні психопатологічні утворення складаються з певних і невизначених психотичних реакцій і фаз, які мають тимчасовий характер, не залежать від ситуації або компенсаторних можливостей. З часом їх можна звести нанівець. Вони виникають незалежно від динаміки розладу особистості, супроводжують його декомпенсацію або включаються в структуру як вторинні симптоми і синдроми [2]. Тимчасові ситуативні відхилення, коливання лібідо, сексуальної реактивності та оргазму можна вважати непомітними разом із явними сексуальними порушеннями та сексуальними розладами, викликаними факторами, не пов'язаними з психопатією. І саме тому часто ігноруються клініцистом.

Континуальні психопатологічні утворення стійкі в часі, тісно пов'язані з особистісною аномалією і можуть бути конституційно зумовленими чи виникати в процесі становлення сексуальності. Оформившись у певну структуру з мінімальною регradientністю, вони зберігають свою відносну незмінність, набуваючи характеру сталих сексологічних синдромів. Такими стійкими сексopatологічними синдромами можна вважати – психосексуальний інфантилізм, патологічну мастурбацію, справжні перверсії, явну патологічну унсолідацію.

Найбільш страждаючими від сексуальних дисфункцій є особи з гістеріонним, залежним та нарцистичним розладами особисті. Жінки з гістеріонним розладом особистості мають більше сексуальних аномалій порівняно з контрольною групою [13]. Зазвичай вони мають знижені статевий потяг [14], та сексуальну асертивність, але збільшені сексуальну тривогу та оргазмічну дисфункцію [15]. Жінки з нарцистичним розладом особистості так само часто мають гіпоактивне лібідо [16], наряду з розладом сексуального збудження [14]. У групи жінок з залежним розладом особистості, які ще мали фіброміалгію — стан, який характеризується хронічним болем і підвищеною болісною чутливістю [6], знайшли такі дисфункції як сексуальні відраза та уникнення сексу [17]. Інші розлади включали пригнічене сексуальне збудження та пригнічене сексуальне бажання [14].

Зазвичай саме на дискретні сексуальні дисфункції не звертають уваги психіатри та клінічні психологи через брак розуміння теми або важливості гармонійного сексуального життя у жінок з розладами особистості. Хоча деякі дослідження показують, що при меншій сексуальній фрустрації особи мають більшу адаптивність та асертивність. Клінічному психологу важливо розуміти як розлади особистості з сексуальними дисфункціями так і взаємозв'язок один на одного, щоб компенсувати особистість наскільки це можливо і навчити її як адаптивному соціальному життю, так і сексуальному. Для того, щоб розробити більш ефективні методи діагностики та реабілітації, потрібно подальше дослідження, яке буде включати більш детальний аналіз механізмів формування та розвитку сексуальних порушень.

Перспективи дослідження у цій галузі виглядає багатообіцяючими, особливо для розуміння взаємозв'язку між розладами особистості та сексуальними дисфункціями у жінок. За допомогою таких досліджень можна отримати висновки, які сприятимуть розробці більш ефективних методів діагностики та реабілітації таких клієнтів.

Загалом, дослідження впливу розладів особистості на сексуальні функції та взаємозв'язку між ними має ключове значення для покращення як фізичного, так і психологічного стану жінок із такими проблемами. Подальші дослідження в цій сфері допоможуть розширити знання про цю складну та значущу проблему та сприятимуть розробці більш ефективних та індивідуальних підходів до діагностики та лікування, що, у свою чергу, покращить як якість життя жінок з розладами особистості, так і їхній загальний психологічний стан.

Література

1. Жаріков Н. М., Тюльпін Ю. Г. Психіатрія: навч. посіб. 2-ге вид., переробл. та допов. Москва : МІА, 2012. 832 с.
2. Кришталь Є. В., Григорян С. Р. Сексологія : навч. посіб. Москва : МАС, 2021. 878 с.
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.978089042559>
4. Corona G. "Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. URL:"https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/7/4_part_2/1598/6848854
5. Bancroft J. The Medicalization of Female Sexual Dysfunction: The Need for Caution. *Arch Sex Behav* 31, 451–455 (2002). URL: <https://doi.org/10.1023/A:1019800426980>
6. "Post-prostatectomy erectile dysfunction: contemporary approaches from a US perspective. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/RRU.S39560>
7. ["fibromyalgia"](#) . Collins Dictionaries. [Archived](#) from the original on 4 October 2015. Retrieved 16 March 2016.
8. Downham Moore A. (2021). The Historicity of Sexuality: Knowledge of the Past in the Emergence of Modern Sexual Science. *Modern Intellectual History*, 18(2), 403-426. Doi:10.1017/S147924431900026X
9. Heiman Julia. (2002). Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *Journal of sex research*. 39. 73-8. 10.1080/00224490209552124.
10. Kinsey A., Pomeroy W., & Martin C. (1948) *Sexual behavior in the human male*. New York: Saunders
11. Kinsey A., Pomeroy W., & Martin C. (1953). *Sexual behavior in the human female*. New York: Saunders
12. Aschka C., Himmel W., Ittner E., Kochen M., 2001, Sexual problems of male patients. *Journal of Family practice*, 50, 773-778
13. Merskey H, Trimble M. Personality, sexual adjustment, and brain lesions in patients with conversion symptoms. *Am J Psychiatry*. 1979. 136(2):179-82. URL: <https://doi.org/10.1176/ajp.136.2.179>.
14. Fagan PJ, Schmidt CW Jr, Wise TN, Derogatis LR. Sexual dysfunction and dual psychiatric diagnoses. *Compr Psychiatry*. 1988;29(3):278-84.
15. Apt C, Hurlbert DF. The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *J Sex Marital Ther*. 1994;20(2):125-33. URL: <https://doi.org/10.1080/00926239408403423>.
16. Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol*.. 2002;20(2):79-88. URL: <https://doi.org/10.1007/s00345-002-0280-5>.

17. Kayhan F, Kucuk A, Satan Y, Ilgun E, Arslan S, Ilik F. Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:349-55. URL: <https://doi.org/10.2147/NDT.S99160>.
18. Masters, William H., et al. *Masters and Johnson on Sex and Human Loving*. Little, Brown, 1988
19. Kaplan, Helen Singer. *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. Routledge, 2015.