

РОЗДІЛ 8

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ СІМ'Ї

ТРИВОЖНІСТЬ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА РОЗЛАДІВ У СЕКСУАЛЬНІЙ СФЕРІ

Кушнір А. Т.

магістрантка ОП «Психологічна реабілітація»

Донецького національного університету імені Василя Стуса

Підвищення уваги до питань сексуальності та сексуальної поведінки з боку засобів масової інформації, ототожнення сексуальної і особистісної успішності людини, призводять до зростання внутрішньої напруги при взаємодії з сексуальною сферою, що в свою чергу відбивається на психологічному здоров'ї людини. Це пов'язано з високою соціальною і фізіологічною значимістю сексуальної функції, особливо у чоловіків.

Ситуація, в якій статевий акт в якихось параметрах не відповідає соціальним стереотипам, частиною осіб розцінюється як стресова, що несе в собі якусь загрозу особистого благополуччя і успішній міжособистісній взаємодії. У зв'язку з особливостями виховання і сексуальної освіти, певна тривожність або навіть чітко окреслена тривога з приводу майбутньої близькості може бути присутня до початку статевого життя, але може спостерігатися і після початку статевого життя людини.

Питанням визначення та дослідження тривожності займалися такі вчені як Б.Кочубей, А.Захаров, К. Роджерс, В. Мясіщев, А. Прихожан та інші. Завдяки дослідженням цих вчених ми можемо побачити різні визначення поняття тривожності, а також теорії її виникнення. Дослідженням сексуального задоволення займалися К. Імелінський, Г. Васильченко, С. Григорян, В.Кришталь, Г. Айзенк та інші.

Дослідженням впливу тривожності на рівень сексуальної задово-

леності людини займалися у різні часи такі вчені як Г. Васильченко, І.Кон, У.Мастере, В. Джонсон, Х. Каплан та інші. Враховуючи, подібні дослідження можна помітити, що більшість з них направлені на виявлення причин сексуальних дисфункцій лише у подружніх пар, а не в цілому. Таким чином, дослідження тривожності як детермінанти низького рівня задоволеності в цілому є досить актуальним.

Феномен тривожності займає особливе місце в системі сучасного психологічного знання. Багатогранність і семантична невизначеність терміна «тривога» в психологічних дослідженнях є наслідком використання його в різних позначеннях, які взаємопов'язані, але не тотожні. Тривожність виступає як механізм розладів емоційної сфери особистості, та, з одного боку, виконує деструктивну функцію, а з іншого, – може виступати активізуючим чинником особистісного зростання [1].

У психологічній літературі можна зустріти різні визначення поняття тривожності, хоча більшість дослідників сходяться у визнанні необхідності розглядати його диференційовано: як ситуативне явище і як особистісну характеристику з урахуванням перехідного стану та його динаміки. Розрізняють тривожність як емоційний стан і як стійку властивість, рису особистості чи темпераменту. За визначенням Р. Немова: «Тривожність – постійно чи ситуативно проявлена властивість людини надходити у стані підвищеного занепокоєння, відчувати страх і тривогу в специфічних соціальних ситуаціях» [2]. А. Прихожан вказує, що тривожність – це «переживання емоційного дискомфорту, пов'язане з очікуванням неблагополуччя, з передчуттям небезпеки, що загрожує» [3].

За визначенням А. Петровського: «Тривожність – схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги; один із основних параметрів індивідуальних відмінностей. Тривожність зазвичай підвищена при нервово-психічних і важких соматичних захворюваннях, а також у здорових людей, які переживають наслідки психотравми, у багатьох груп осіб з суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості, що відхиляється» [1].

Сучасні дослідження тривожності спрямовані на розрізнення

відмінності ситуативної тривожності під час конкретної зовнішньої ситуації, і особистісної тривожності, що є стабільною властивістю особистості. А також на розробку методів аналізу тривожності як результату взаємодії особистості та її оточення.

Аналіз літератури дозволяє розглядати тривожність з різних точок зору, які допускають твердження про те, що підвищена тривожність виникає і реалізується внаслідок складної взаємодії когнітивних, афективних та поведінкових реакцій, що провокуються при впливі на людину різними стресами [4].

Вітчизняні психологи вважають, що неадекватно висока самооцінка у дітей складається в результаті неправильного виховання, завищених оцінок дорослими успіхів дитини, захвалювання, перебільшення їх досягнень, а не як прояв уродженого прагнення переваги.

Висока оцінка оточуючих і заснована на ній самооцінка цілком влаштовує дитину. Зіткнення з труднощами та новими вимогами виявляють її неспроможність. Однак, дитина прагне всіма силами зберегти свою високу самооцінку, оскільки вона забезпечує дитині самоповагу, гарне ставлення до себе. Проте це дитині не завжди вдається. Претендуючи на високий рівень досягнень у навчанні, вона може не мати достатніх знань, умінь дізнаватися нове, негативні якості або риси характеру можуть не дозволити їй зайняти бажане становище серед однолітків у класі. Таким чином, протиріччя між високими домаганнями та реальними можливостями можуть призвести до важкого емоційного стану.

Від незадоволення потреби у дитини виробляються механізми захисту, що не допускають у свідомість визнання неуспіху, невпевненості та втрати самоповаги. Вона намагається знайти причини своїх невдач в інших людях: батьках, учителях, друзях. Намагається не зізнатися навіть собі, що причина неуспіху знаходиться в ній самій, вступає в конфлікт з усіма, хто вказує на її недоліки, виявляє дратівливість, уразливість, агресивність.

М. Неймарк називає це «афектом неадекватності – гостре емоційне прагнення захистити себе від власної слабкості, будь-якими способами не допустити у свідомість невпевненість у собі, від-

штовхування правди, гнів і роздратування проти всього і всіх». Такий стан може стати хронічним і триватиме місяці та роки. Сильна потреба у самоствердженні призводить до того, що інтереси цих дітей спрямовуються лише на себе.

Такий стан не може не викликати у дитини переживання тривоги. Спочатку тривога обгрунтована, вона викликана реальними для дитини труднощами. Але постійно по мірі закріплення неадекватності ставлення дитини до себе, своїх можливостей, людей, неадекватність стане стійкою рисою її ставлення до світу, дитина чекатиме неприємностей у будь-яких випадках, об'єктивно їй негативних.

М. Неймарк показує, що афект стає на заваді правильного формування особистості, тому дуже важливо його подолати. Дуже важко подолати афект неадекватності. Головне завдання полягає в тому, щоб реально привести у відповідність потреби та можливості дитини, або допомогти їй підняти її реальні можливості до рівня самооцінки, або спустити самооцінку. Але найбільш реальний шлях – це перемикання інтересів і домагань дитини в ту область, де дитина може досягти успіху і утвердити себе.

Термін «тривога» використовується для опису неприємного за своїм забарвленням емоційного стану або внутрішньої умови, що характеризується суб'єктивними відчуттями напруги, занепокоєння, похмурих передчуттів, а з фізіологічного боку – активізацією автономної нервової системи. Стан тривоги виникає, коли індивід сприймає певний подразник чи ситуацію як неіснуючі навколо себе реально чи потенційно елементи небезпеки, загрози чи шкоди. Стан тривоги може варіювати за інтенсивністю та змінюватись у часі як функція рівня стресу, якому піддається індивід.

На відміну від тривоги як стану, тривожність як риса особистості притаманна далеко не кожному. Тривожна людина – це людина, яка постійно не впевнена в собі і своїх рішеннях, весь час чекає неприємностей, емоційно нестійка, недовірлива. Тривога як риса особистості може стати передвісником розвитку неврозу. Але щоб він сформувався, людина повинна накопичити багаж невдалих, неадекватних способів подолання стану тривоги [5].

Велика кількість авторів вважають, що тривога є складовою стану сильної психічної напруги – стресу. Так, В. Суворова вивчала стрес, отриманий у лабораторних умовах. Вона визначає стрес як стан, що виникає в екстремальних умовах, дуже важких та неприємних для людини. В. Мерлін визначає стрес, як психологічну, а не нервову напругу, що виникає у «вкрай важкій ситуації».

Можна вважати, що наявність тривоги у стані стресу пов'язана саме з очікуванням небезпеки чи неприємності, і з передчуттям її. Тому тривога може виникнути аж у ситуації стресу, а до настання цих станів, випереджати їх. Тривожність як стан і є очікування неблагополуччя. Однак тривога може бути різною залежно від того, від кого суб'єкт очікує на неприємності: від себе (свої неспроможності), від об'єктивних обставин або від інших людей.

Важливим є той факт, що, по-перше, як при стресі, так і при фрустрації автори відзначають у суб'єкта емоційне неблагополуччя, яке виражається у тривозі, занепокоєнні, розгубленості, страхові, невпевненості. Але тривога завжди обґрунтована реальними труднощами. І. Імедадзе прямо пов'язує стан тривоги з передчуттям фрустрації. На її думку, тривога виникає за антиципації ситуації, що містить небезпеку фрустрації актуалізованої потреби [3].

Підхід до пояснення схильності до тривоги, з погляду фізіологічних особливостей властивостей нервової системи, ми бачимо у вітчизняних психологів [6]. Так у лабораторії І. Павлова було виявлено, що, швидше за все, нервовий зрив під дією зовнішніх подразників відбувається у слабого типу, потім у збудливого типу і найменше схильних до зривів тварин з сильним врівноваженим типом з гарною рухливістю.

Дані Б. Теплова також вказують на зв'язок стану тривоги із силою нервової системи. Висловлені ним припущення про зворотну кореляцію сили та чутливості нервової системи, знайшло експериментальне підтвердження у дослідженнях В. Небиліцина. Він припускає більш високий рівень тривожності зі слабким типом нервової системи.

Зрештою, слід зупинитися на роботі В. Мерліна, який вивчав питання симптомокомплексу тривожності. Поняття тривожності було

внесено до психології психоаналітиками та психіатрами за кордоном. Багато представників психоаналізу розглядали тривожність як вроджену властивість особистості, як споконвічний властивий людині стан. Засновник психоаналізу З. Фрейд стверджував, що людина має кілька вроджених потягів – інстинктів, які є рушійною силою поведінки людини, визначають її настрій. З. Фрейд вважав, що зіткнення біологічних потягів із соціальними заборонами породжує неврози та тривожність. Початкові інстинкти по мірі дорослішання людини набувають нових форм прояву. Однак у нових формах вони натрапляють на заборони цивілізації, і людина змушена маскувати та пригнічувати свої потяги. Драма психічного життя індивіда починається з народження і продовжується все життя. Природний вихід із цього становища З. Фрейд бачить у сублімуванні «лібідіозної енергії», тобто у спрямуванні енергії на інші життєві цілі: виробничі і творчі. Вдала сублімація звільняє людину від тривожності [7].

В індивідуальній психології А. Адлер пропонує новий погляд на походження неврозів. На його думку, в основі неврозу лежать такі механізми, як страх, страх життя, страх труднощів, а також прагнення до певної позиції в групі людей, яку індивід в силу будь-яких індивідуальних особливостей або соціальних умов не міг домогтися, тобто чітко видно, що в основі неврозу лежать ситуації, у яких людина з тих чи інших обставин, певною мірою відчуває почуття тривоги. Почуття неповноцінності може виникнути від суб'єктивного відчуття фізичної слабкості або будь-яких недоліків організму, або від тих психічних властивостей та якостей особистості, які заважають задовольнити потребу у спілкуванні. Таким чином, у А. Адлера в основі неврозів і тривожності лежить протиріччя між «хотіти» (волі до могутності) і «могти» (неповноцінність), які витікають з прагнення до переваги. Залежно від цього, наскільки дозволяється це протиріччя, іде подальший розвиток особистості [8].

Проблема тривожності стала предметом спеціального дослідження у неофрейдистів. В індивідуальній психології А. Адлер пропонує новий погляд на походження неврозів. На думку А. Адлера, в основі неврозу лежать такі механізми, як страх, страх життя,

страх труднощів, а також прагнення до певної позиції в групі людей, яку індивід в силу будь-яких індивідуальних особливостей або соціальних умов не міг домогтися, тобто чітко видно, що у основі неврозу лежать ситуації, у яких людина з тих чи інших обставин, у тому мірою відчуває почуття тривоги. Почуття неповноцінності може виникнути від суб'єктивного відчуття фізичної слабкості або будь-яких недоліків організму, або від тих психічних властивостей та якостей особистості, які заважають задовольнити потребу у спілкуванні. Таким чином, у А. Адлера в основі основи неврозів і тривожності лежить протиріччя між «хотіти» (волі до могутності) і «могти» (неповноцінність), які з прагнення до переваги. Залежно від цього, наскільки дозволяється це протиріччя, йде все розвиток особистості [8].

Е. Фромм вважає, що в епоху середньовічного суспільства та класової структури людина не була вільна, але вона не була ізольована і самотня, не відчувала себе у такій небезпеці і не відчувала таких тривог, як при капіталізмі, тому що вона не була «відчужена» від речей, від природи, від людей. Людина була з'єднана зі світом первинними узами, які Фромм називає «природними соціальними зв'язками», які були у первісному суспільстві. Зі зростанням капіталізму розриваються первинні узи, з'являється вільний індивід, відірваний від природи, від людей, внаслідок чого він відчуває глибоке почуття невпевненості, безсилля, сумніву, самотності та тривоги. Щоб позбутися тривоги, породженої «негативною свободою», людина бажає позбутися самої цієї свободи. Єдиний вихід він бачить у втечі від волі, тобто втечі від себе, у прагненні забути і цим придушити в собі стан тривоги. Е. Фромм вважає, що всі ці механізми, у тому числі «втеча в себе», лише прикриває почуття тривоги, але не позбавляє індивіда від неї. Навпаки, почуття ізольованості посилюється, бо втрата свого «Я» становить найболючіший стан. Психічні механізми втечі від волі є ірраціональними, на думку Е. Фромма, вони не є реакцією на навколишні умови, тому не взмозі усунути причини страждання та тривоги [9].

Із проблемою тривожності працювала низка зарубіжних та вітчизняних дослідників. У психологічній літературі можна зустріти

різні визначення поняття тривожності. Аналіз основних робіт показує, що у розумінні природи тривожності можна простежити два підходи – розуміння тривожності як споконвічно властиву людині властивість, і розуміння тривожності як реакцію людині на ворожий зовнішній світ, тобто виведення тривожності з соціальних умов життя.

Виділяють два основні види тривожності:

Перший – ситуативна тривожність, тобто породжена певної конкретної ситуацією, яка об'єктивно викликає занепокоєння;

Другий – особистісна тривожність. Дитина, схильна до такого стану, постійно перебуває в настороженому і пригніченому настрої, у нього утруднені контакти з навколишнім світом, який сприймається ним як страшний і ворожий. Закріплюючись у процесі становлення характеру, особистісна тривожність призводить до формування заниженої самооцінки та похмурого песимізму.

Сексуальне задоволення – це переживання приємних відчуттів від взаємодії із собою чи іншими.

У сексуального задоволення є два компоненти:

Фізичне задоволення – стимуляція чутливих зон, в яких є нервові закінчення;

Емоційне задоволення від контакту з людиною, від фантазій, переживання любові та ніжності й так далі.

Крім того, важливими є потяг – бажання наблизитися еротично та сексуально до свого партнера чи партнерки, а також збудження – бажання отримати кайф від контакту. У переживанні задоволення важко відокремити фізіологію від психіки. Це пов'язана реакція від взаємодії нервових закінчень і гормонального фону з емоційною складовою. І в ідеалі людина не замислюється, як це відбувається, їй просто приємно, і все.

Коли людина не ставить перед собою мету «отримати задоволення», а просто насолоджується процесом, прелюдія стає більш чуйною, зняття напруги потужнішим, а сексуальні взаємини – насиченими.

Стелла Рєзнік, американська гештальт-терапевтка, після 25 років дослідження теми, виокремила вісім типів задоволення:

Рис. 1. Типи задоволення за Стелюю Рєзнїк



Кожен вид задоволення впливає на сексуальність у процесі сексу з партнером або самозадоволення.

З темою відсутності сексуального задоволення в терапію частіше звертаються жінки. Тому що вони рідше знають свої анатомічні особливості й у них більше культурних заборон у житті: «Що можна, а що ні», «Що правильно, а що неправильно», «Як конкретно себе має поводити жінка». Адже наша культура андроцентрична – побудована для чоловіків. У них менше шансів не відчувати це задоволення.

Збудження також складається з двох компонентів: психологічного та фізичного. У чоловіків відбувається ерекція, а в жінок – зволоження. Від сили збудження може залежати сила розрядки. У процесі печеристі тіла наповнюються кров'ю й органи (член і клітор) збільшуються в розмірах. Коли відбувається оргастична розрядка, скорочуються тканини – це впливає на рівень задоволення. Фізичний і психічний компоненти можуть іти окремо, або не збігатися. Буває так, що емоційне збудження є, а фізичного немає. Головою сексу хочеться, а ерекція чомусь не працює. А буває й навпаки – фізично все працює, але емоційний кайф не приходить. Цей процес називається «нонконкордатність генітальної відповіді». Серед жінок він зустрічається значно рідше, ніж серед чоловіків.

Сексуальність індивіда рухається протягом життя. Змінюється психіка та організм, змінюється чутливість наших рецепторів і нервових закінчень. Ерогенні зони можуть мігрувати по тілу. Крім того, люди постійно проходять через нові етапи життя – народження дітей, наприклад, може впливати на бажання займатися сексом. Воно може зникнути на якийсь час, тому що тіло відновлюється. Те ж зі стресом, тривожністю і депресією – часто вони знижують рівень лібідо.

Сексуальність – це широко поширений термін, що позначає сексуальні характеристики і сексуальну поведінку людей. Термін з'явився в 1889 році в роботі, присвяченій аналізу жіночих захворювань, які не зустрічаються у чоловіків – такі відмінності неминуче зв'язувалися з проявами сексуальності, наявність якої у жінки, на думку медиків того часу, вважалася протиприродною [9].

У свою чергу, Всесвітня організація охорони здоров'я визначає сексуальність як стрижневий аспект людського буття на всьому протязі життя, від народження до смерті. Вона включає в себе стать, гендерні ідентичності та ролі, сексуальну орієнтацію, задоволення, еротизм, інтимність і репродукцію. Сексуальність залежить від взаємодії біологічних, психологічних, соціальних, політичних, економічних, культурних, естетичних, історичних, правових, релігійних і духовних чинників і є важливим елементом не тільки особистої, а й суспільного життя і культури [10].

Визначення підводить до того, що сексуальність – це складне і багатоаспектне поняття. І воно не може визначатися тільки з позицій «нормальності» або «ненормальність». Поняття сексуальної норми не тотожне поняттю сексуального задоволення, але є його невід'ємною частиною, і розглядати їх треба в тісній єдності.

К. Імелінський [3], характеризуючи клінічний підхід, виділяє три категорії сексуальної норми. До оптимальної норми слід віднести сексуальні дії і форми поведінки, які, завдяки своїм особливостям, найбільш бажані з індивідуальної і соціальної точок зору. До прийнятої (визнаної прийнятною) норми відносяться такі сексуальні дії і форми поведінки, які хоча і не є оптимальними, але не обмежують індивідуального розвитку людини і не заважають йому налагоджу-

вати тісні міжособистісні контакти. До терпимої (толерантної) норми слід віднести такі сексуальні дії і таке поведження, оцінка яких може бути різною з точки зору норми або патології і залежить від особистісного, ситуаційного і партнерського контексту.

Г. Васильченко [3] вказує на те, що до сексуальної норми можна відносити потенційну здатність виконувати всі три її функції: психологічну (насолюда, задоволення), біологічну (прокреації) і соціальну (реалізація потреби в міжлюдських контактах).

Інший підхід до розгляду сексуальної норми виділили В. Кришталь і С. Григорян [11] Вони пропонують розглядати сексуальну норму з опорою на різні блоки сексуальності, визначаючи сексуальну норму як оптимальне поєднання анатомо-фізіологічних, соціальних, психологічних і соціально-психологічних проявів сексуальності людини. На наш погляд, такий підхід можна назвати продуктивним, так як він обходить створення єдиних критеріїв для різних сторін сексуальності, які не можуть бути зведені до чогось одного.

Основні компоненти сексуального здоров'я:

Соціальний компонент. Характеризується відношенням суспільства до сексу; сексуальною культурою людини, її морально-етичними та естетичними потребами. Взаємодія сексуальності людини та суспільства характеризується: засвоєнням людиною суспільних, етичних та моральних норм, тим який рівень сексуальної культури має людина (її статеве виховання, вплив мікросоціуму – сім'я людини, та вплив макросоціуму), сексуальним досвідом людини, її соціальним статусом.

Психологічний компонент. Людська сексуальність - це прояв особистості людини. Тому, коли мова йде про сексуальні прояви чоловіка та жінки, ми завжди говоримо про психологію особистості. Психологічний фактор сексуального здоров'я характеризується роллю індивідуально- психологічних особливостей особистості у розвитку та проявах сексуальних та психічних процесів. При вивченні сексуальності людини нас цікавлять психологічні типи чоловіка й жінки, також адаптаційно-комунікативні можливості індивідууму та психологічний тип захисту окремої людини.

Соціально-психологічний компонент. Обумовлюється пар-

ним характером сексуальної функції людини, формуванням малої соціальної групи (сім'ї), розділенням чоловічої та жіночої соціальних ролей, взаємодією поведінкового, афективного й когнітивного компонентів двох особистостей зі своїми характерологічними особливостями. Велике значення для соціально-психологічної адаптації подружньої пари має збіг потреб, які обумовлюються як біологічними, так і соціальними факторами. Існують потреби: 1) фізіологічні (статеві, харчові, самозбереження, потреба в одержанні приємних відчуттів); 2) соціально- психологічні (у спілкуванні, діяльності); 3) соціальні (професійний престиж, культура, утворення, естетичні потреби, самоствердження, реалізація власних можливостей, талантів, потреба у творчій діяльності); 4) психологічні (впевненість у власних силах, самостійність, допитливість, самоствердження).

Біологічний компонент. Обумовлюється генетичними та анатомічно- фізіологічними факторами й процесами (правильне функціонування кори головного мозку, підкоркових образів). Це динамічні особливості (темперамент), чотири типи замикальної діяльності кори головного мозку по Іванову-Смоленському. Це також правильне функціонування відділів спинного мозку, що відповідають за сексуальну функцію.

Статева конституція є важливим фактором сексуального здоров'я. Сексуально-поведінкова адекватність подружньої пари є важливою умовою сексуальної гармонії. Тут має значення відповідність діапазону придатності в попередньому періоді статевому акту, техніки статевих зносин і його заключного періоду. Попередній період статевому акту має стимулюючий вплив, який активізує статеве бажання і почуття оргазму. У цьому періоді важливіше правильний вплив на ерогенні зони, ніж його тривалість. Однією з найбільш частих причин порушення сексуально-поведінкового компонента сексуальної гармонії є невідповідність сексуальної мотивації. Мотив спонукання до діяльності, пов'язаний із задоволенням потреби суб'єкта, що лежить в основі вибору дій, учинків й визначальна спрямованість поведінки особистості. Як відомо, розвиток мотиву відбувається через зміну і розширення кола діяль-

ності, що змінює предметну дійсність. Мотив обумовлений потребами й інстинктами, які є джерелом активності.

Існують мотиви:

примітивні, які базуються на задоволенні елементарного егоїстичного почуття насолоди;

мотиви, які виходять із почуття самозбереження;
задоволення біологічних (інстинктивних) потреб;
задоволення соціальних потреб.

Виділяють кілька типів сексуальної мотивації:

гомеостабілізуючий тип – статева поведінка ґрунтується на створенні спокою і комфорту з таким розрахунком, щоб сексуальні питання не відволікали від виконання інших завдань, оцінюваних вище;

ігровий тип – гармонійно поєднує в собі романтичні та сексуальні елементи, у статевий акт вносяться елементи гри, фантазії;

шаблоно – регламентований тип установлює певний постійний стандарт статевого акту;

генітальний тип – характерний для осіб зі зниженим інтелектом, які не бачать різниці між статевим потягом й ерекцією, уважаючи останню достатнім «приводом до дій».

Невідповідність типів сексуальної мотивації може виступати причиною виникнення сексуальної дисгармонії.

За етіологічні чинники і патогенетичні механізми сексуальних розладів, можуть правити соціальні, психологічні, психофізіологічні, генетичні та онтогенетичні механізми. Тому, вивчаючи сексуальне здоров'я та його порушення, найважливіше дотримуватись умови, сформульованої ще Клодом Бернардом: медицина не стане істинно науковою дисципліною, доки ми не будемо розмежовувати пояснення патологічних процесів та пояснення нормальних життєвих феноменів.

Сексуальна дезадаптація може бути зумовлена якимось захворюванням чи негативними соціальними, психологічними, соціально-психологічними чинниками, вона може бути також парціальною й тотальною. Крім того, відповідно до причини порушення сексуального здоров'я можна виокремити різні типи сексуальної дезадаптації.

Непатологічною слід вважати сексуально-поведінкову дезадаптацію, зумовлену невідповідністю типів сексуальної мотивації партнерів, неправильним проведенням попереднього, заключного періодів та самого статевого акту; дезінформаційно-оцінний тип дезадаптації, зумовлений низьким рівнем обізнаності в питаннях психогігієни статевого життя й неправильною оцінкою своїх сексуальних проявів; соціальний тип – результат невідповідності етичних і морально-етичних настанов, світогляду подружжя щодо суспільних і особистих норм; почуттів подружжя один до одного; соціально-психологічний тип, зумовлений розбіжністю ролевих позицій, ціннісних орієнтацій, домінуючої мотивації й т. ін.; психологічний тип, що є наслідком невідповідності рис характеру подружжя.

Треба відзначити, що низький рівень соціальної, соціально-психологічної, психологічної, анатомо-фізіологічної адаптації є чинником підвищеного ризику порушення сексуального здоров'я й навіть може бути безпосередньою його причиною.

До патологічних типів сексуальної дезадаптації належать біологічний тип, зумовлений анатомічною несумісністю подружжя, й порушення нейрогуморальної, психічної, нервової регуляції сексуальної функції, а також патологічний процес у статевих органах. Останній має два варіанти: соматичний, зумовлений наявністю соматичного захворювання одного чи обох партнерів, що спричиняє зниження сексуальної функції, та психоневротичний, який є наслідком психічного захворювання (психозу, невротичних розладів, специфічного розладу особистості тощо), що призводить до розладу сексуального здоров'я.

До первинних розладів сексуального здоров'я слід віднести порушення диференціювання статі, порушення статевого диференціювання мозку й первинні форми сексуальних дисфункцій, серед них паторефлекторну, дисрегуляційну, абстинентну, конституціонально-генетичну, дезінтеграційну, судинну, рецепторну, спінальну, інволюційну, соціокультурну, дезінформаційно-оцінну (ігнорантну), алекситимічну форми сексуальних розладів, мовчазний простатовезикуліт, коїтофобію, невроз очікування сексуальної

невдачі, пенісизм, сексуальну аверсію, вагінізм, геніталгію, а також різні форми девіації статеворольової поведінки та психосексуальної орієнтації.

До вторинних порушень сексуального здоров'я належать сексуальні розлади, що виникають внаслідок соматичних та психічних захворювань, які призводять до розладу нервової, ендокринної, психічної регуляції сексуальної функції чи стану статевих органів. Вторинними є, таким чином, сексуальні дисфункції й девіації, що являють собою синдроми або симптоми соматичних або психічних захворювань, причому ці дисфункції можуть проявлятися як гіпосексуальністю, так і гіперсексуальністю.

Розлади сексуального змісту в основі яких є підвищений рівень тривожності становлять досить великий відсоток звернень до сексопатолога [2]. За даними різних авторів (Васильченко Г., Кон І., Мастере У., Джонсон В., Каплан Х.С. та інші) невротичні розлади у вигляді тривожно-фобічних і obsесивно-фобічних проявів є стрижневим симптомом у 30% пацієнтів сексолога, а супутнім – майже у 90% випадків. Подібні розлади можуть ставати причиною. Підвищення уваги до питань сексуальності та сексуальної поведінки з боку засобів масової інформації, ототожнення сексуальної і особистісної успішності людини, призводять до зростання внутрішньої напруги при взаємодії з сексуальною сферою, що в свою чергу відбивається на психологічному здоров'ї людини. Це пов'язано з високою соціальною і фізіологічною значимістю сексуальної функції, особливо у чоловіків. Ситуація, в якій статевий акт в якихось параметрах не відповідає якимсь, можливо, нереальним, критеріям, частиною осіб розцінюється як стресова, що несе в собі якусь загрозу особистого благополуччя і успішній міжособистісній взаємодії. У зв'язку з особливостями виховання і сексуальної освіти, певна тривожність або навіть чітко окреслена тривога з приводу майбутньої близькості може бути присутня до початку статевого життя, але може спостерігатися і після початку статевого життя людини.

У психологічній літературі виділяють синдром тривожного очікування сексуальної невдачі – СТОСН. Синдром тривожного

очікування сексуальної невдачі (СТОСН) – один з найбільш часто діагностованих і універсальних сексопатологічних синдромів у чоловіків, які звертаються за допомогою до сексолога. Детально він був вивчений в СРСР у другій половині 80-х – початку 90-х років ХХ ст. [1, 12, 13]. У західній літературі СТОСН відомий під назвою «fear of sexual failure» (Страх / боязнь / побоювання сексуальної невдачі). Основним в цьому синдромі є страх неможливості виконати статевий акт або порушення здатності до повноцінного його здійснення. Цей страх максимально виражений в обстановці інтимної близькості, що, як правило, призводить до порушення сексуальних функцій внаслідок їх дезавтоматизації. СТОСН може існувати в двох іпостасях: в формі тривожного побоювання сексуальної невдачі, яка характеризується нав'язливими думками про можливу сексуальну невдачу і гіперконтроль напруги статевих органів, а також у формі страху сексуальної невдачі (Коїтофобії).

Всі фобічні розлади характеризуються надзвичайною стійкістю і схильністю до генералізації [8, 14]. При цьому фобії мають тенденцію розвиватися вже після подолання невротичної ситуації, без продовження дії психотравми, як причини розвитку даної фобії. Ця закономірність особливо відноситься до коїтофобії. Фобічний розлад з часом включає в себе також і obsесивні переживання. При цьому розвиток obsесивно-компульсивних і тривожно-фобічних розладів залежить не стільки від сили психотравмуючої дії, скільки від надзвичайно стійкої фіксації первинної реакції переляку перед тим, що відбувається [15].

Розбіжність очікувань і результатів інтимного спілкування відбувається на порядок частіше, ніж повний збіг. При цьому розвивається фрустрація, що включає в себе як психічний, так і тілесний компоненти. Виразність фрустрацій і їх подальший можливий патогенний вплив, як правило, не піддаються прогнозуванню. Для різних людей один і той самий зовнішній вплив або внутрішній стан при близькості може бути незначною дрібною подробицею або найсильнішим стресом, психологічною травмою в широкому сенсі цього слова.

Коїтофобію умовно можна віднести до розряду соціофобій, хоча, ймовірно, лише ця фобія відноситься до настільки потужного і

природного фізіологічного процесу, як соціалізований статевий інстинкт. Але, не дивлячись на те, що у вузькому сенсі слова «коітофобія» – це страх сексуальних відносин, насправді, захворювання пов'язане саме з необхідністю спілкування з іншою людиною, з пильною увагою до своєї персони з боку партнера.

У той же час коітофобія, як будь-який інший тривожно-фобічний розлад, характеризується абсолютно чіткими ознаками, аналіз яких по відношенню до пацієнта будь-якої статі дозволяє правильно діагностувати його стан. Невротична фобія включає в себе нав'язливі переживання страху з чіткою фабулою, яка загострюється в суворо визначених ситуаціях. При цьому переживання страху мають яскравий, чуттєвий характер – поряд з чітким розумінням необгрунтованості страху. Таке роздвоєння відношення до предмету фобії переживається хворими надзвичайно болісно, що, врешті-решт, може призводити до розвитку вторинних фобій – по відношенню до невміння впоратися зі своїм, здавалося б, смішним або безглуздим страхом. Хоча, як більшість соціофобій, коітофобія довго залишається монофобією.

У більшості хворих коітофобією розвиваються різні ритуали, призначені для подолання страху або поліпшення сексуальних можливостей. Ці ритуали можуть бути засновані на забобонах, або на наукових даних, або бути самостійно знайденими, чи бути комбінованими з наукових даних і примітивних уявлень [16]. Також в ролі ритуальних дій можуть виступати постійні пошуки нових «чудодійних» методів лікування сексуальних розладів. Ритуали можуть тимчасово послаблювати прояви коітофобії, сприяючи підвищенню впевненості в собі і удачі статевого акту. Однак досить швидко пацієнт починає усвідомлювати безглуздість і неефективність ритуалу, від якого, проте, не може відмовитися.

Ще одним розладом сексуальної поведінки є вагінізм. Під вагінізмом мають на увазі рефлекторний спазм м'язових тканин статевого органу і підняття заднього проходу, в результаті чого статевий акт або гінекологічні маніпуляції утруднені або неможливі зовсім. Сексуальний невроз, що проявляється в системному мимовільному скороченні м'язів органів малого таза, діагностують приблизно у 3% жінок. На думку фахівців, природа вагінізму заснована на

захисно-рефлекторної реакції організму, викликаної страхом дефлорації, болю під час зносин або при гінекологічної процедури. При цьому слід відрізнити вагінізм від: небажання статевого акту (коїтофобії); псевдовагінізма (механічного звуження м'язів у вигляді реакції на больовий подразник); анатомічної аномалії організму жінки; захворювань статевого органу.

Таким чином розлади сексуального змісту в основі яких є підвищений рівень тривожності досить розповсюджені в сучасному світі, а також чинять руйнівний вплив на статеве життя людини, що тягне за собою порушення психологічного здоров'я особистості. В психології досить широко висвітлена тема індивідуальних психічних порушень, що впливають на появу різних сексуальних дисфункцій в парі (Доморацький В.; Бутовська М.; Крукс Р., Баур К., Шарф Д., і ін.). При цьому вказується на наявність психологічних травм у одного з партнерів, присутності комплексів і внутрішніх бар'єрів, низького рівня психологічної адаптації, розбіжності діапазонів сексуальної прийнятності та інших специфічних факторів, що лежать в основі дисгармоній між партнерами психогенного походження.

Для діагностики рівня тривожності учасників дослідження було обрано діагностичну методику «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілберга-Ханіна».

Результати емпіричного дослідження рівня тривожності за шкалою ситуативної тривожності показало наступне (рис.1).



Рис.1. Розподіл вибірки за рівнем ситуативної тривожності методики ШРОТ Спілберга-Ханіна

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується емоціями, що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан відрізняється нестійкістю у часі та різною інтенсивністю залежно від сили впливу стресової ситуації. Таким чином, значення підсумкового показника по даній шкалі дозволяє оцінити як рівень актуальної тривоги випробуваного, а й визначити, чи перебуває він під впливом стресової ситуації та яка інтенсивність цього на нього.

З отриманих результатів дослідження рівня тривожності за шкалою ситуативної тривожності видно, що 55,5% досліджуваних мають високий рівень ситуативної тривожності, 27,7% – середній рівень ситуативної тривожності та 16,8% - низький.

Враховуючи отримані результати можемо припустити, що такий високий показник по рівню ситуативної тривожності може бути зумовлений сучасним станом умов в Україні. Ситуації війни, є не лише постійним стресовим фактором для особистості людини, а й фактором, що викликає високий рівень тривожності через невизначеність актуальної ситуації та незрозумілість майбутнього.

Результати емпіричного дослідження рівня тривожності за шкалою особистісної тривожності показало наступне (рис.2).

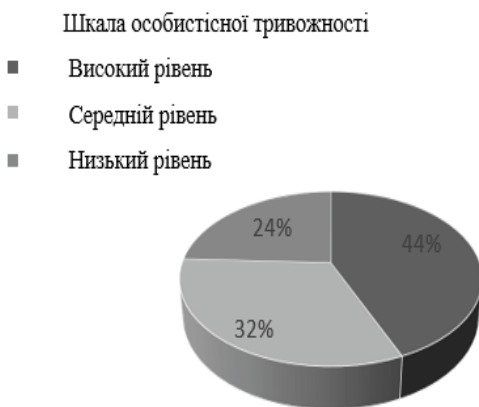


Рис.2. Розподіл вибірки за рівнем особистісної тривожності методики ШРОТ Спілберга-Ханіна

Особистісна тривожність є конституційною рисою, що обумовлює схильність сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, які людиною розцінюються як небезпечні для самооцінки, самоповаги. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій матиме стресовий вплив на суб'єкта і викликатиме у нього виражену тривогу. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями. З отриманих результатів дослідження рівня тривожності за шкалою особистісної тривожності видно, що 43,5% досліджуваних мають високий рівень особистісної тривожності, 32,2% – середній рівень ситуативної тривожності та 24,3% – низький.

За отриманими даними інтерпретуємо психологічний портрет високотривожних осіб:

Для осіб з високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності характерна схильність у діапазоні ситуацій сприймати будь-який прояв якостей їх особистості, будь-яку зацікавленість у них як можливу загрозу їхньому престижу, самооцінці. Ускладнені ситуації схильні сприймати як загрозливі, катастрофічні. Відповідно до сприйняття проявляється і сила емоційної реакції. Такі люди запальні, дратівливі і перебувають у постійній готовності до конфлікту та готовності до захисту, навіть якщо в цьому немає потреби. Для них, як правило, характерна неадекватна реакція на зауваження, поради та прохання. Особливо велика ймовірність нервових зривів, афективних реакцій у ситуаціях, де йдеться про їхню компетенцію в тих чи інших питаннях, їхньому престижі, самооцінці, їхньому відношенні. Зайве підкреслення результатів своєї діяльності чи способів поведінки, як у кращий, і у гірший бік, категоричний стосовно них тон чи тон, що висловлює сумнів, – усе це неминуче веде до зривів, конфліктів, створенню різноманітних психологічних бар'єрів, які перешкоджають ефективному взаємодії із такими людьми. До високо тривожним людям небезпечно пред'являти категорично високі вимоги, навіть у ситуаціях, коли вони об'єктивно

здійсненні їм. Неадекватна реакція на такі вимоги може затримати, а то й загалом відсунути на довгий час виконання необхідного результату.

Цікавим спостереженням в ході проведення емпіричного дослідження стало те, що у осіб з високим рівнем особистісної тривожності спостерігається високий рівень ситуативної тривожності, аналогічна ситуація і в зворотному варіанті.

Враховуючи отримані результати за обома шкалами діагностичної методики Спілбрга-Ханія, можемо розділити вибірку на дві групи осіб для подальшого дослідження. Група 1 – 34 особи з середньо-високим рівнем особистісної та ситуативної тривожності. Група 2 – 20 осіб з середньо-низьким рівнем особистісної та ситуативної тривожності.

Підтвердили отримані результати відповідно до діагностичної методики Спілберга-Ханія і результати аналізу питань спеціально створеного анкетування направлених на самооцінювання рівня тривожності до початку військових дій в Україні та на даний момент.

Питання були сформульовані наступним чином:

Оцініть свій рівень тривожності від 0 до 10 до початку військових дій в Україні (де 0 – відсутня тривожність, 10 – високий рівень тривожності).

Оцініть свій рівень тривожності від 0 до 10 з моменту початку військових дій в Україні (де 0 – відсутня тривожність, 10 – високий рівень тривожності).

Опишіть основні фактори, що викликають тривогу у вас.

Відповідно до двох перших питань було отримано наступні результати (рис. 3).



Рис.3. Результати самооцінювання рівня тривожності до та після початку військових дій

Отримані результати є підтверджуючим фактором нашого припущення, щодо того, що високий показник по рівню ситуативної тривожності отриманий в результаті діагностики за методикою Спілберга-Ханіна може бути зумовлений сучасним станом умов в Україні. Ситуації війни, є не лише постійним стресовим фактором для особистості людини, а й фактором, що викликає високий рівень тривожності через невизначеність актуальної ситуації та незрозумілість майбутнього.

Ми можемо спостерігати, що в порівнянні з рівнем тривожності до початку війни, рівень тривожності серед респондентів після введення військового стану підвищився на 22,3%, що є досить високим показником.

Відповідно до третього запропонованого питання у анкетуванні «Опишіть основні фактори, що викликають тривогу у вас» респонденти виділяють наступне (табл.1.)

Таблиця 1 - Контент-аналіз відповідей респондентів на питання «Опишіть основні фактори, що викликають тривогу у вас»

№	Категорії відповідей	% виборів від загальної вибірки
1	Війна в Україні	100%
2	Сигнал «Повітряна тривога»	22,2%
3	Близька людина є військовою/ страх за неї	70,37%
4	Складнощі в особистому житті	44,4%
5	Проблеми на роботі/ відсутність роботи	24,1%
6	Страх за майбутнє дітей	14,8%
7	Необхідність переїзду/ повторної евакуації	57,4%
8	Особистісні проблеми	35,2%
9	Фінансові проблеми	53,7%
10	Інші причини	6,4%

З отриманих результатів контент-аналізу бачимо, що переважна більшість вибірки відзначає, як фактор, що викликає тривожність – військовий стан в Україні, приналежність близької людини до вій-

ськових та страх за неї, вимушений переїзд або евакуація, наявність або можливість фінансових проблем.

Для діагностики рівня сексуальної задоволеності досліджуваних було використано методику Г. Айзенка «Опитувальник настанов до сексу», яка містить в собі 11 факторів. Результати емпіричного дослідження за методикою Айзенка «Опитувальник настанов до сексу», показало наступне (табл.2).

Таблиця 2. Розподіл вибірки за результатами методики Г. Айзенка «Опитувальник настанов до сексу»

№	Шкала	Група 1 - 34 особи (СВРТ)		Група 2 – 20 осіб (СНРТ)	
		В	Н	В	Н
1	Дозволеність	73,5%	26,5%	75,3%	24,7%
2	Реалізованість	38,23%	61,77%	47,51%	42,49%
3	Сексуальна невротичність	61,76%	38,24%	31,83%	68,17%
4	Знеособлений секс	13,2%	86,8%	24,82%	75,18%
5	Порнографія	64,31%	35,69%	51,7%	48,3%
6	Сексуальна сором'язливість	51,7%	48,3%	32,48%	67,52%
7	Цнотливість	32,48%	67,52%	13,2%	86,8%
8	Огида до сексу	48,74%	51,26%	38,23%	61,77%
9	Сексуальна збудливість	38,23%	61,77%	51,7%	48,3%
10	Фізичний секс	41,74%	58,26%	64,31%	35,69%
11	Агресивний секс	10,21%	89,79%	13,2%	86,8%

12	Загальний рівень сексуальної задоволеності	24,82%	75,18%	51,7%	48,3%
13	Сексуальне лібідо	37,54%	62,46%	51,7%	48,3%

За результатами емпіричного дослідження та при порівнянні двох груп осіб з різним рівнем тривожності можемо визначити наступне. У осіб з середньо-високим рівнем тривожності в більшій мірі проявляються високі показники за шкалами «Сексуальний невротизм» ніж у осіб з середньо-низьким рівнем тривожності (61,76% до 31,83% відповідно).

Помітні значні відмінності і за такими шкалами як «Огида до сексу» та «Сексуальна сором'язливість», у осіб з середньо-високим рівнем тривожності в більшій мірі проявляються високі показники за цими шкалами ніж у осіб з середньо-низьким рівнем тривожності.

За шкалою «Сексуальна збудливість» у осіб з групи 1 результати нижчі ніж у групи 2. Ми можемо припустити, що у осіб з середньо-високим рівнем тривожності імовірно наявна установка, що секс під час війни «не на часі», від цього може виникати огида до сексу як до процесу отримання задоволення, а також зниження сексуальної збудливості.

Відповідно до цього припущення можемо звернути увагу на результати обох груп за шкалою «сексуальне лібідо», яка генерується з результатів за шкалами «дозволеність», «сексуальна збудливість», «порнографія», «знеособлений секс», «фізичний секс». Можна припустити, що людина, яка набрала високий бал по всіх або більшості названих якостей, має сильне лібідо, інакше кажучи, вона (або вона) має сильний сексуальне потяг. У осіб з середньо-низьким рівнем тривожності рівень сексуального лібідо можна визначити як вищий від осіб з середньо-високим рівнем тривожності (51,7% осіб з високим рівнем до 37,54% відповідно).

Можемо відмітити, що результати за основним показником «загальний рівень сексуального задоволення» у осіб з середньо-висо-

ким рівнем тривожності значно нижче, ніж у осіб з середньо-низьким рівнем тривожності (24,84% до 51,7% відповідно).

Якщо розібратися за результатами відповідно до кожної шкали то отримуємо наступну інтерпретацію.

Високий бал за шкалою «дозволеність» означає, що респондент має цілком сучасне, передове, легке ставлення до сексу, рішуче виступаючи проти релігійних, вікторіанських та інших старомодних уявлень про «правильне» і «належне» у цій сфері людських відносин. Тобто вони не стурбовані проблемами невинності, приймаєте дошлюбний секс (або навіть позашлюбні зв'язки), впевнені, що контрацептивні засоби мають бути загальнодоступними, і розглядаєте секс загалом як задоволення, яке не повинно хвилювати нікого, крім «згодних» сторін (маються на увазі не тільки дорослі, а й підлітки і навіть діти). Низький бал за цією шкалою означає прямо протилежне: людина, яка отримала низький бал, відноситься до статевих зв'язків більш серйозно, він поважає шлюбні узи і не підтримує аморальність в жодному вигляді. Люди, які отримали середній бал, займають позицію між цими двома крайнощами.

Друга шкала оцінює рівень сексуальної «реалізованості», чи загальної задоволеності людини своїм сексуальним життям нині.

Високий бал означає високий рівень реалізованості, низький – повну нереалізованість. Взагалі, задоволеність своїм сексуальним життям є для більшості людей надзвичайно привабливим станом, а низький бал за цією шкалою – це ознака серйозного розчарування цією галуззю стосунків між статями. Звичайно, причин тому може бути чимало, і щоб виявити специфічні для даної людини фактори, потрібний індивідуальний підхід. Ці причини можуть полягати як у самій людині, так і її партнері. Шляхи досягнення більш благополучного становища у цій сфері значною мірою залежить від конкретного поєднання тих чи інших причин.

Незадоволеність, розчарування у своєму сексуальному житті часто призводять до невротичних сексуальних реакцій (ми використовуємо тут термін «невротичний» над психіатричному сенсі, не як форму психічного відхилення, а більш повсякденному значенні як вказівку на деяку розбалансованість, чи функціональні зрушення, у поведінці людини).

Люди, які отримали високі оцінки за цією шкалою, зазвичай мають проблеми зі своїм сексуальним життям; їм складно контролювати чи придушувати свої імпульси, вони легко збентежуються чи засмучуються через свої власні думки чи вчинків. Ці люди постійно стурбовані якимись проблемами, пов'язаними із сексом, і тим самим роблять собі лише гірше.

Тим, хто отримав за цією шкалою дуже високий бал, варто подумати про те, щоб відвідати лікаря або звернутися за порадою до знайомих людей.

Четверта шкала визначає схильність людини до «знеособленого» сексу», тобто тенденцію розглядати сексуального партнера лише як об'єкт для отримання чуттєвого задоволення, не зважаючи на його особистість, індивідуальні особливості характеру і темпераменту і не намагаючись увійти з партнером у скільки-небудь значущий особистісний зв'язок.

Чоловіки незмінно отримують за цією шкалою вищі бали, ніж жінки, і, хоча знеособлений секс аж ніяк не є суто чоловічою прерогативою, жінки в цілому розглядають цю форму сексуальної поведінки як менш привабливу.

П'ята шкала належить до «порнографії», тобто, отримання задоволення від малюнків чи фотографій, що зображують сексуальні сюжети, або словесного опису сексуальних сцен, зазвичай, у максімально відвертій формі.

У цю категорію потрапляє і схильність до споглядання людей, котрі кохаються.

Багато суперечок з приводу порнографічних фільмів, телевізійних серіалів та театральних п'єс розглядають якраз ті питання, які задаються у цьому тесті.

Високий бал за даною шкалою вказує на схвалення порнографії (або принаймні на значну толерантність до неї), тоді як низький бал означає несхвалення та нетерпимість до порнографії.

Назва шостої шкали, «сексуальна сором'язливість», говорить сама за себе. Люди з високим балом за цією шкалою почуваються вкрай нервово у відносинах із протилежною статтю, їх дуже бентежать розмови про сексі, а часом вони просто бояться сексуальних стосунків.

Високі бали означають сильне небажання брати участь у сексуальних відносинах, тоді як низький бал вказує на більш нормальну реакцію.

Сьома шкала, «цнотливість», має деяку подібність до попередньої, і знову-таки її назва говорить сама за себе.

Люди з високими балами, як правило, утримуються навіть від незначних проявів сексуальної пристрасті, не люблять думати на цю тему, та й взагалі кохатися.

Тут також низький бал вказує на більш «нормальне» та звичайне ставлення до цієї проблеми, а високі бали свідчать про не зовсім типову поведінку.

Восьма шкала, «відраза до сексу», призначена для оцінки набагато сильнішого вираження того ж почуття, яке тестувалося сьомий шкалою, тобто. цнотливості.

Народ і, що набрали високі бали, з огидою реагують на деякі види сексу, навіть кохаючись зі своїм постійним партнером, а часом буквально змушують себе займатися цією справою.

Таким людям огидні навіть ті види сексуальної поведінки, які більшості людей є цілком нормальними. Низькі бали вказують на здоровішу установку. «Сексуальна збудливість», або висока сексуальна чутливість, оцінюється за дев'ятою шкалою. Деяким людям, щоб прийти в стан сексуального збудження, потрібна ціла низка певних умов; такі люди наберуть низький бал за цією шкалою. Інші збуджуються дуже легко та, відповідно, набирають високі бали.

З великою ймовірністю можна очікувати, що люди, які набрали високі бали за трьома попередніми шкалами, швидше за все наберуть низькі бали за цією шкалою.

Десята шкала оцінює орієнтування «фізичний секс», тобто активне прагнення до реального статевого контакту.

Для людей з високими балами за цією шкалою дуже важливо опинитися на висоті у ліжку зі своїм партнером; вони цінують це набагато вище, ніж інші, духовніші якості, яким віддають перевагу люди, які набирають низькі бали за цією шкалою.

Високий бал означає, що секс ставиться найвище і статевому акту приділяється особливу увагу за рахунок інших сторін любовних відносин.

Остання шкала стосується «агресивного сексу». Тут увага фіксується на ворожості сексуального зв'язку, на бажанні придушити партнера і, можливо, навіть принизити його.

Було б безглуздо стверджувати, що такі думки та почуття не властиві сексуальним стосункам; просто для деяких людей вони стали чи не нормою сексуальної поведінки, а інші відчувають щось подібне в окремих випадках.

Ясно, що високі бали, що набрали, за цією шкалою більш схильні до ворожості і агресивних імпульсів по відношенню до своїх сексуальних партнерів.

Далі ми звернемося до двох «супершкалів», які інтегрують виявлені у дослідженнях взаємозв'язки між тими простими шкалами, які обговорювалися досі.

Цілком очевидно, що існують кореляції між дозволеністю, сексуальною збудливістю, порнографією, знеособленим та фізичним сексом.

Можна сміливо припустити, що людина, яка набрала високий бал по всім або більшості названих якостей, має сильне лібідо, інакше кажучи, він (або вона) має сильний сексуальний потяг. Пропонована шкала «сексуального лібідо» намагається виміряти силу сексуального потягу тестованого.

Розмірковуючи аналогічним чином, можна знов-таки припустити, що шкала «реалізованість» негативно корелює зі шкалами «сексуальна невротичність», «сексуальна сором'язливість», «цнотливість» та «огидність до сексу». Таким чином, виникає ще одна комбінована шкала, яку ми визначили як «сексуальну задоволеність».

Як згадувалося раніше, шкала «маскуліність-фемінність» включає питання, які стосуються тим якостям, якими той чи інший стать проявляє себе частіше, ніж інший. Під «маскуліністю» ми розуміємо тут не що інше, як те, що читач, який отримав високий бал за цією шкалою, у сексуальних питаннях відповідає образу типового нашого суспільства чоловіки і відповідає типовому жіночому образу.

Відповідно розуміється і «фемінність»: чоловіки чи жінки, які набрали низький бал, у питаннях сексуальної поведінки вважають

за краще більше погоджуватися з жінками, ніж із чоловіками.

У конструкції шкали, таким чином, закладено, що жінки можуть отримати «маскулінні» бали, а чоловіки – «фемінні». Зрозуміло, це ніяк не свідчить ні про мужність тестованих, ні про їх жіночність у звичайному розумінні цих якостей і безумовно не має жодного відношення до гомосексуалізму чи лесбійства.

Для діагностики наявності або відсутності страхів пов'язаних із сексуальним життям було обрано «Опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів особистості» (Ю. Щербатих І. Івлева).

Серед 24 шкал діагностичного опитувальника нас цікавлять шкала 7 та 21, а саме «страх змін у особистому житті» та «страхи, пов'язані зі статевою функцією».

За результатами емпіричного дослідження було отримано наступні дані.

Діагностика страхів

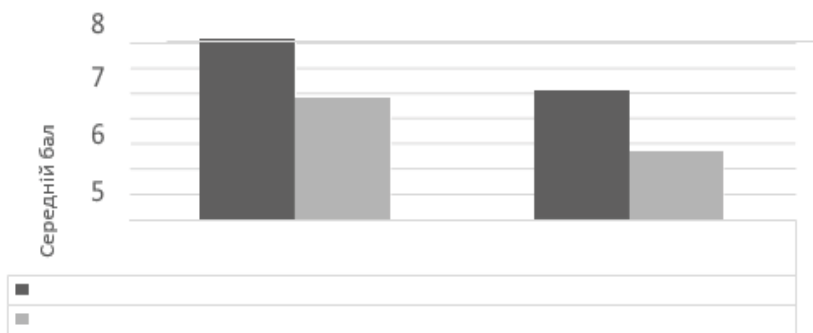


Рис. 4. Розподіл груп за результатами діагностики рівня страху за шкалами 7 та 21 методика «Опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів особистості» (Ю. Щербатих І. Івлева).

За результатами дослідження було виявлено, що у осіб з середньо-високим рівнем тривожності середній бал за шкалою «Страхи змін в особистому житті» дещо вище, ніж у осіб з середньо-низьким рівнем тривожності. Результат за даною шкалою більше 5 балів характеризується, як наявність страху.

Можемо припустити, що підвищені результати за даною шкалою у обох груп є результатом сучасної стресової ситуації. Військова мобілізація, підвищений рівень стресу можуть вважатися респондентами як загрожуючі для стабільності відносин з партнером.

За шкалою «Страхи, що пов'язанні зі статевою функцією» було виявлено, що у осіб з середньо-високим рівнем тривожності результати за даною шкалою вище ніж у осіб з середньо-низьким рівнем тривожності. Результат за даною шкалою більше 3 балів характеризується, як наявність страху. Отже у осіб з середньо-високим рівнем тривожності відмічаємо наявність страхів пов'язаних зі статевою функцією.

Можемо припустити, що підвищений рівень тривожності може стати детермінантою до розвитку страхів.

Для діагностики відношень до сексу та сексуальної поведінки була використана методика «Сексуальний профіль» О. Потьомкіна.

Вона містить 14 основних біполярних шкал, що відбивають розподіл форм сексуальної поведінки, а також окремі питання, що стосуються деяких форм сексуальної поведінки, за якими, на погляд авторів методики, недоцільно будувати шкалу, а достатньо лише задати якісні питання для уточнення сенсу. За результатами даної методики було оформлено наступні результати (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл груп за методикою «Сексуальний профіль» О. Потьомкіна

Шкала	Група 1	Група 2
	Середні бал	
експресивність	3,33	3,21
сміливість	4,14	5,11
користь	3,05	2,84
вибірковість	4,48	4,11
гіперсексуальність	4,52	5,11
педантичність	3,57	3,68

ніжність	3,62	2,74
жертвність	3,05	3,63
відповідальність	4,05	4,95
любов як найвища цінність	4,90	5,16
ревності	3,90	2,79
різноманітність	4,38	4,42
фемінінність	5,48	4,42
небажаність сексуальних контактів на службі	3,05	3,00

Підвищена експресивність – схильність до вираженого проявлення своїх почуттів, емоційної виразності, розкритості реакціях.

Знижена сміливість і рішучість – схильність до виникненню тривоги у спілкуванні з особами протилежної статі, недостатньо точна впевненість у своїх сексуальних можливостях. Відсутність орієнтації на матеріальну вигоду у сексуальному спілкуванні. Низька вибірковість при виборі та оцінці сексуального партнера. Підвищений ступінь сексуальної активності. Слабо виражена увага до обстановки, в якій здійснюється інтимні контакти. Помірно виражена схильність до прояву ніжності і чуткості по відношенню до сексуального партнера та його оточення. Знижене прагнення поступатися своїми інтересами і виказувати свої сили та можливості для вирішення проблем сексуального партнера, знижена самовіддача у коханні.

Середній ступінь почуття обов'язку, помірне прагнення брати на себе відповідальність за сексуального партнера та наслідки сексуальних відносин.

Помірна тенденція вірити в кохання як у найвище почуття, зберігати його, навіть за несприятливих ситуацій. Помірно виражене почуття ревності по відношенню до сексуального партнера. Підвищена потреба у різноманітності сексуальних контактів, їх способів та форм. Середній ступінь фемінінності – на противагу «маскулінності» – помірковано виражені риси жіночності, тонко-

щі, інтуїтивності, прояви діяльності, властивої жінкам.

Слабо виражена схильність до ухилення від сексуальних контактів на службі через переконаність у їх небажаності.

За результатами емпіричного дослідження за методикою «Сексуальний профіль» О. Потьомкіна значної відмінності між групами досліджуваних не виявлено, припускаємо, що це через відсутність шкал, пов'язаних з тривожним ставленням до сексуального життя.

За результатами статистичної обробки критерієм Краскела-Уолеса рівень значущості $=0,743$, що свідчить про недостатню відмінність між досліджуваними двома групами, з різним рівнем тривожності. В подальшому результати даної методики у висновках враховуватись не будуть.

Крім опитувальників для діагностики рівня сексуального задоволення було направлено кілька питань зі спеціально створеного анкетування. Питання анкети були направлені на виявлення ставлення респондентів до сексу та самооцінки сексуального життя.

Таблиця 4. Контент аналіз анкетування, питання направлені на діагностику задоволеністю сексуальним життям

№	Категорії відповідей	Група 1 % виборів	Група 2 % виборів
1	Війна вплинула на сексуальне життя	100%	64,3%
2	Бажання займатись сексом не змінилось	22,2%	39,8%
3	Бажання займатись сексом знизилось	70,37%	54,2%
4	Відчуваю дискомфорт від думок про секс	44,4%	13,7%

5	Вважаю, що секс нині «не на часі»	24,1%	8,04%
6	Секс знижує мій рівень тривожності та стресу	14,8%	41,24%
7	Рівень задоволення від сексу знизився	57,4%	24,73%
8	Рівень задоволення від сексу підвищився	35,2%	10,84%

З контент аналізу анкетування видно, що у осіб з середньо-високим рівнем тривожності у 100% респондентів війна вплинула на сексуальне життя. Група 1 відмічає, що у них знизився рівень бажання до сексу та рівень задоволення від сексу. Крім того, думки про секс викликають у 44% респондентів дискомфорт.

У порівнянні з групою 1, у осіб з середньо-низьким рівнем тривожності можна спостерігати, що рівень сексуального задоволення знизився лише у 24,74% осіб – це майже вдвічі менше від респондентів з середньо-високим рівнем тривожності.

Таким чином, за результатами емпіричного дослідження тривожності як детермінанти розладів у сексуальній сфері можна зробити наступні висновки. У осіб з середньо-високим рівнем тривожності спостерігаються вищі показники за методикою Айзенка, шкалою «Сексуальна невротичність» ніж у осіб з середньо-низьким рівнем тривожності. Крім того, рівень задоволення у них нижче. За діагностичною методикою Щербатих було виявлено, що у осіб з 1 групи вираженість страху пов'язаного зі статевою функцією вище, ніж у осіб з групи 2. Підвищений рівень тривожності, наявність страхів та фрустрації, високий рівень сексуальної невротизації свідчить про імовірність розвитку розладів у сексуальній сфері у осіб з середньо-високим рівнем тривожності. Отже, результати дослідження засвідчили, що у осіб з високим рівнем тривожності рівень схиль-

ність до розладів сексуальної поведінки вище, ніж у осіб з низьким рівнем тривожності підтвердилась. У осіб з високим рівнем тривожності рівень сексуальної задоволеності нижчий ніж у осіб з низьким рівнем тривожності також підтвердилась. За методикою Айзенка у групи 1 було виявлено нижчий рівень сексуального задоволення ніж у групи 2, ці результати підтвердились і при контент-аналізі анкетування.

ЛІТЕРАТУРА:

Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Перспективи та інновації науки. 2022. № 7(12). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7\(12\)-542-552](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7(12)-542-552) (дата звернення: 23.04.2022).

Коренева Ю. Фрустрація і деякі аспекти психічного здоров'я сім'ї: Thesis. 2018. URL: <http://eir.nuos.edu.ua/xmlui/handle/123456789/4618> (дата звернення: 27.11.2022).

Максимів Г. Сексуальні домагання серед службовців силових і збройних структур: тенденція, ризику, захист. Scientific practice: modern and classical research methods. 2021. URL: <https://doi.org/10.36074/logos-15.10.2021.51> (дата звернення: 29.04.2022).
23. Кругова С. С. Ретроспектива становлення рівності прав і свобод жінок та чоловіків у світі та на території України. Scientific journal of public and private law. 2019. № 6. С. 3–11. URL: <https://doi.org/10.32844/2618-1258.2019.6.1> (дата звернення: 30.10.2022).

Кругова С. С. Ретроспектива становлення рівності прав і свобод жінок та чоловіків у світі та на території України. Scientific journal of public and private law. 2019. № 6. С. 3–11. URL: <https://doi.org/10.32844/2618-1258.2019.6.1> (дата звернення: 30.10.2022).

Особливості міжгенної та ген-факторної взаємодії у чоловіків із подружніх пар з безпліддям та репродуктивними втратами / Н. Г. Горovenko та ін. Ukrainian medical journal. 2018. Т. 5, № 2. URL: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.127.131826> (дата звернення: 21.08.2022).

Карвацька Н. С., Кауней Т. Г. Етіопатогенетичні фактори ризику розвитку психічних розладів у чоловіків клімактеричного віку: Thesis. 2019. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/15200> (дата звернення: 29.04.2022).

Мікроциркуляторні розлади при лептоспірозі : Theses / О. Я. Пришляк та ін. 2016. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45566> (дата звернення: 21.08.2022).

Бойчук О. Г., Дорофеєва У. С. Функціональний стан репродуктивної системи у жінок пізнього репродуктивного віку. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2022. № 4. С. 51–55. URL: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2021.v.i4.12798> (дата звернення: 23.04.2022).

Морфологічні зміни в посліді у жінок при маловодді / В. В. Мальяр та ін. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина. 2020. Т. 62, № 2. С. 84–87. URL: <https://doi.org/10.24144/2415-8127.2020.62.84-87> (дата звернення: 21.08.2022).

Мелашенко Ю. П., Гридковець Л. М. Рівень психологічного благополуччя у працюючих жінок-матерів. Herald of kiev institute of business and technology. 2021. Т. 47, № 1. С. 53–63. URL: <https://doi.org/10.37203/kibit.2021.47.05> (дата звернення: 29.04.2022).

Мунтян О. А. Діагностика патології імплантації у жінок із звичним невиношуванням. Вісник наукових досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України». 2017. № 2 (87). С. 124–126

Вацеба М. О., Галюк Н. М., Гавриш І. М. Ендотеліальна дисфункція у чоловіків з артеріальної гіпертензією та коморбідною патологією. Modern medicine: the use of creative industries in the healthcare system. 2021. URL: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-182-4-5> (дата звернення: 17.03.2022).

Григус І. М., Хома О. В. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у профілактиці хронічних неінфекційних захворювань чоловіків похилого віку в умовах карантинних обмежень. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation & recreation). 2022. № 11. С. 163–172. URL: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.11.19> (дата звернення: 17.03.2022).

Донець О. І. Сексуальні установки жінок в юнацькому віці. Bulletin of alfred nobel university. series «pedagogy and psychology». 2018. Т. 2, № 16. С. 52 – 57. URL: <https://doi.org/10.32342/2522-4115-2018-16-9> (дата звернення: 17.03.2022).

Дузь Ю. Гендерна дискримінація, сексизм, сексуальні домагання - з 8 Березня, любі жінки! Як відрізнити флірт від сексуального домагання? Дзеркало тижня. 2018. 3–16 берез. С. 13.

Кардіотокографічні особливості у жінок із затримкою росту плода. / V. V. Ovcharuk та ін. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2016. № 1. URL: <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2016.1.6015> (дата звернення: 29.04.2022).