

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
Кафедра практичної психології

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ АСПЕКТ
СПІВВІДНОШЕННЯ ВІДСУТНОСТІ ОРГАЗМУ ТА
САМОСТАВЛЕННЯ ЖІНОК

Дипломна робота
Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала студентка VI курсу, 622 групи,
Спеціальність «Психологія»,
Спеціалізація «Практична психологія»,
Горбачова Тетяна Володимирівна
Науковий керівник:
к.пс. н., доц. Лісова О.С.

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри №__

від «__»_____2021 р.

Зав. кафедри практичної психології

_____ **В.М.Радчук**

Чернівці 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
 РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ АСПЕКТИ НАУКОВОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ ФЕНОМЕНІВ СЕКСУАЛЬНОСТІ ЖІНКИ ТА САМОСТАВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ.....	9
1.1 Психологічний підхід до вивчення жіночої сексуальності	9
1.2 Психологічний підхід до вивчення самоствавлення особистості	29
 РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ СФЕРИ ЖІНОХ ТА ЇХ САМОСТАВЛЕННЯ	43
2.1. Характеристика вибірки та обґрунтування методів емпіричного дослідження.....	43
2.2 Результати емпіричного психологічного дослідження взаємозв'язків сфери жіночої сексуальності та самоствавлення.....	48
2.3 Рекомендації: методи, техніки та психотерапія, що можуть бути корисним для усунення оргастичних проблем.....	75
 ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	92
ДОДАТКИ	99

ВСТУП

«Розлади сексуальної сфери жінки не тільки змушують її страждати морально і фізично, але часто є причиною нещасних шлюбів, розбитих ілюзій»

Ходаков Н.М.

Характерною для сьогодення є криза чоловічої і жіночої ідентичності, коли відбувається «соціальна фемінізація чоловіків» і «соціальна маскулінізація жінок» [60]. Це незмінно знаходить відображення в сексуальній сфері, оскільки від природи людина наділена потужним статевим потягом, що надає певне забарвлення всій психічній діяльності, а стать і сексуальність становлять невід'ємну частину культури людства [14].

Подібну кризу статевої ідентичності неминуче супроводжує зростання сексуальних проблем. Тому сьогодні можна спостерігати певний парадокс у сфері сексології: паралельно з підвищенням рівня сексуальної культури та інформованості в питаннях сексу зростає кількість жінок, які звертаються до сексологів через відсутність оргазму. З одного боку, це говорить про подолання сорому в обговоренні цієї теми та підвищенні інтересу до питань жіночої сексуальності, а з іншого, вказує на глибоко приховані механізми виникнення жіночих сексуальних проблем, що не пов'язані з відсутністю інформації щодо різних аспектів сексуального життя. Мільйони жінок стикаються з проблемами в інтимній сфері. За даними О. В. Гапанчук, В. С. Петухов [44], 27,7% з них потребують кваліфікованої допомоги сексопатологів, сексологів, психологів. Це пояснюється великою залежністю сексуального задоволення жінки від стану її самоствавлення. Часто жінка не може обговорити проблеми з чоловіком і знайти адекватний вихід із ситуації, що склалася, тоді її спроби компенсувати внутрішньоособистісний конфлікт, зокрема й самоствавлення, набувають деструктивного характеру, аж до повного припинення сексуального життя. За даними Васильченко Г.С. [3], під час психогенного ураження сексуальної сфери в 65,7% жінок відбувається

невротичний зрив із затяжним перебігом, що супроводжується неможливістю отримати оргазм. [8].

Розлади сексуальної сфери жінки не тільки змушують її страждати морально та фізично, але часто є причиною нещасливих шлюбів, розбитих ілюзій [56]. З огляду на це, проблема дослідження жіночої сексуальності набуває соціального значення.

В Україні проблеми жіночої сексології досліджувались у працях Кришталя В.В., Кришталя Є.В., Іванова І.В., Хвисюк О.М., Маркової М.В., Кочаряна Г.С. та Кочаряна О.С., Кожині Г.М.

Теоретичні розробки проблем відсутності оргазму розкриті в роботах таких вчених як: Анісімова З.Е., Лібіх С.С., Кащенко Є.А., Свядоща А.М., Здравомислової В.І., Ворник Б.М., Кочарян Г.С., Мастерс У. та Джонсон В. Сексологи зазначають недостатню вивченість теми жіночої сексуальності з психологічного боку. Водночас питанню сексуального здоров'я і сексуальній функції приділяють замало уваги. Частково це спричинено значною різноманітністю проявів сексуальності та складністю об'єктивізації їх оцінки. З іншого боку, перешкодою служить відсутність необхідних знань і сором'язливість пацієнтів [51]. Практична діяльність сексологів і психологів, зайнятих в галузі жіночої сексології, формує проблемну ситуацію, що характеризується, з одного боку, необхідністю розуміння психологічних і психофізіологічних аспектів відсутності оргазму та, з іншого боку, недостатнім висвітленням в сексологічній і психологічній літературі.

Традиційно проблематика вивчення сексуальності пов'язується з елементами я-концепції, динаміки формування я-образу, а також такими особистісними параметрами як «самооцінка», «самосприйняття», «самоприйняття», «самосвідомість», «самоставлення». У зв'язку з цим доречно покликатись на дослідження І. С. Кона, В. В. Столина, І. І. Чеснокова, Н. В. Харламенковой, А. В. Сухарева, А. Ш. Тхостова та ін.

Зокрема, як зазначає В. В. Столін (1998), будова емоційно-ціннісного ставлення однієї людини до себе й інших, їхня представленість в

самоставленні пояснюється зазначеною Л. С. Виготським інтеріоризацією, переходом інтерпсихічних відносин в інтрапсихічну сферу.

Також ціннісно-сміслові наповнення особистісного самоставлення акцентується багатьма авторами та розглядається як індикатор процесу самореалізації, задоволення потреби в сенсі життя, так С.Р. Пантілеев, Е.Т. Соколова об'єднують розвиток окремих компонентів системи самоставлення зі ступенем задоволення провідних потреб і мотивів.

Нормальне статеве спілкування містить не тільки фізіологічну, але й особистісну взаємодію партнерів. Так, для сприятливого і щасливого союзу необхідно поєднання чуттєвого й особистісного компонентів, коли одне проявляється та посилюється в іншому [32]. Для цього необхідні позитивний підхід до сексуальності та сексуальних стосунків, а також можливість отримувати задоволення та безпечний секс, вільний від примусу, дискримінації та насильства [2].

Традиційно до питань сексуального здоров'я відносять: сексуальну поведінку й виховання, контрацепцію та планування сім'ї, профілактику й лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, насильство щодо жінок [2, 51]. Сексуальні стосунки складають найбільш інтимний бік людського існування, в них розкриваються глибокі особистісні характеристики індивіда. Ставлення до проблеми статі – це не тільки відношення до іншої людини, а й ставлення до власної особистості, до власного тіла.

Тіло – це спільний ґрунт, на якому зустрічаються секс та особистість. Тіло не тільки фізичне відображення особистості, а й фізичний інструмент сексуальності. Будь-які неполадки в тілі відображаються на рівні особистості та навпаки. Відсутність почуття себе з недоліком адекватної ідентифікації з власним тілом і зниженою ефективністю особистості в цілому часто пов'язані з нездатністю досягати оргастичного задоволення. Задоволення від оргазму доступне тільки здоровій особистості, зрілій розумом і тілом, що не боїться насолоди, через відсутність «сексуальної провини», та глибоко особистісно залучена в процес повної взаємодії в сексі та любові [35].

Райх В. уважав, що здатна до оргазму людина не страждає неврозами, оскільки через оргазм розряджається надлишок психічної енергії, не залишаючи її на підтримку невротичного конфлікту [82].

Важливою рисою цього дослідження є постановка проблеми виявлення специфіки особистісних характеристик жінок, що не отримують оргазм.

Дослідження спрямоване не так на вивчення зовнішніх впливів і причин виникнення відсутності оргазму (в кожному випадку вони різні, особливі та специфічні), як на внутрішні умови виникнення цього феномену, оскільки зовнішня причина не визначає безпосередньо реакції людини – вона діє через внутрішні умови [10].

Об'єкт дослідження: психологічні фактори відсутності оргазму у жінок.

Предмет: взаємозв'язок психоемоційного стану жінок, їх самоставлення і відсутності у них оргазму

Мета: розробка на основі дослідження релевантних психоемоційні особливостей жінок, які не відчують оргазму, рекомендацій щодо психокорекційної допомоги цій категорії жінок.

Завдання дослідження:

1. На основі літературного огляду проаналізувати основні підходи, в рамках яких досліджувалася жіноча сексуальність і самоставлення особистості.
2. Емпірично дослідити параметри сексуальної сфери жінок та їх самоставлення
3. Проаналізувати результати параметрів сексуальної сфери жінок та їх самоставлення
4. Висвітлити комплекс практичних і корекційних методів, які можуть використовуватися в консультуванні та психокорекції розладів жіночого оргазму в діяльності психологів-сексологів.

Гіпотеза дослідження: поєднання деяких особистісних особливостей самоставлення жінок (характерологічні особливості, рівень тривожності, рівень самоповаги, самооцінки вольових якостей) може бути пов'язаним із виникненням несприятливого для настання оргазму психоемоційного стану; однак, ймовірно, що в окремих випадках може спостерігатися десинхронний перебіг цих процесів.

Методи дослідження:

- теоретичні: порівняння, класифікація, систематизація та узагальнення для здійснення аналізу досліджуваної проблеми;
- емпіричні: інтерв'ю, спостереження, психодіагностичний метод, який був проведений за допомогою таких методик: «Методика исследования самоотношения» С.Р. Пантелеев, «Опросник установок к сексу» Г. Айзенк, «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» К.К. Яхин, Д.М. Менделевич;
- методи математичної статистики.

Практичне значення роботи полягає в тому, що отриманий і систематизований емпіричний матеріал дозволяє розробити комплекс практичних, діагностичних і корекційних методів, які можна використовувати в психодіагностиці, консультуванні та психокорекції розладів жіночого оргазму в діяльності психологів і сексологів.

На підставі результатів такого психологічного дослідження добирається індивідуальний метод психокорекції та психотерапії, що враховує необхідність корекції несприятливого для настання оргазму психоемоційного стану.

Структура роботи: дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, який нараховує 85 позиції, додатків. Робота має загальний обсяг 89 друкованих сторінок і проілюстрована 26 рисунками. Додатки розміщені на сторінках 97-110.

РОЗДІЛ 1.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ НАУКОВОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ ФЕНОМЕНІВ СЕКСУАЛЬНОСТІ ЖІНКИ ТА САМОСТАВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Психологічний підхід до вивчення жіночої сексуальності

Сексуальність є одним із ключових складників якості життя жінок та невід'ємною частиною їх фізичного й емоційного задоволення [Кочарян Г.С. Клиническая сексология: современные концепты и парадигмы терапевтического сопровождения // Бюллетень науки и практики. Научный журнал. 2016. № 10. С. 124–129.].

Дослідження сексуальності проводять як у напрямі диференціації функцій, так і в бік їх системного вивчення [64, 65]. В одних моделях оргазму надають значення головного показника якості статевому акту [31], в інших – пріоритет віддають емоційній близькості, сексуальним стимулам, задоволеності стосунками, і відзначають залежність оргазму від багатьох психологічних факторів [65]. Незалежно від моделі, завжди наголошується на важливості оргазму для сексуальності. Його фізіологічні прояви пояснюються зміною бета-ритмів, повільними хвилями великої амплітуди, а також підвищенням рівнів допаміну та окситоцину, пов'язаних із почуттям психологічної задоволеності, приналежності та кохання [4]. У психологічному плані роль оргазму не обмежується мотивом, що спонукає до коїтусу. Як цілісний психофізіологічний акт він закріплює в процесі інтимної близькості взаємодію мимовільних біологічних компонентів та індивідуальних особистісних проявів поведінкового порядку, що дозволяє розглядати його як пов'язаний із самооцінкою та почуттям прихильності засіб регулювання міжособистісних стосунків [74, 64]. Суб'єктивне ж переживання оргазму в контексті сексуальних стосунків є неоднорідним процесом з наявністю як мінімум чотирьох складових: емоційної, сенсорної, інтимної та винагороди

[70]. Це підкреслює опосередкований психологічними переживаннями під час статевого акту вплив оргазму на розвиток жіночої сексуальності. Саме переживання є на всіх рівнях активності людини і, поєднуючись з особистісним змістом, є чуттєвою основою станів свідомості. Здійснюючи зворотний зв'язок у різних за масштабом відкритих регуляторних контурах активності, вони зіставляють та інтегрують результати життєдіяльності [47]. Що стосується сексуальності, вони входять у знаково-символічне опосередкування отриманого досвіду та впливають на регуляцію наступної статевої поведінки [11].

Фізіологічно оргазм є позбавленням від наростаючої в процесі сексуального збудження напруги. Психологічно оргазм — це відчуття вершини сексуальної насолоди, її пік, після якого відбувається розслаблення, насолода спокоєм, почуття задоволення. Відсутність оргазму під час статевого акту призводить до фрустраційного сексу, коли скидання напруги немає. Таким чином можуть виникати як психічні (образа, почуття незавершеності, незадоволеності), так і фізіологічні (дискомфорт або болі у ділянці тазу, молочних залоз, головний біль) реакції. Що сильнішим є сексуальне збудження під час статевого контакту, то сильнішою і тяжчою є фрустрація. [1]

Формування особистості і її статевого диморфізму – результат статевої соціалізації, де жіноча сексуальність як властивість особистості є продуктом соціального опосередкування всіх функцій людини як живої істоти. На формування характеру біологічні, конституційно-спадкові чинники впливають менше, ніж соціальні, проте виявлені тенденції, нюанси, що стосуються окремих проявів рис характеру і ступеня їх вираження.

Особливе місце в спрямованості і мотивації у жінок займає діяльність, пов'язана з материнством і міжособистісним спілкуванням. Навіть під час вибору професії жінку більше цікавить емоційний клімат і міжособистісні стосунки в колективі, ніж її предметний зміст [14].

Вивчаючи питання психосексуального розвитку людини, ми зіткнулися з кількома поглядами. Відмінності у світогляді, трактуванні і, головне, в термінології цих думок змусили нас розглянути їх окремо. Варто зазначити, що єдиним загальним терміном, яким успішно оперують практично всі, є поняття «лібідо». З нього і почнемо.

Після виходу в світ низки публікацій Фрейда З., статевий потяг отримав назву лібідо (від латинського *libido* - бажання, хтивість). Фрейд розумів його широко, вважаючи енергетичним базисом майже усіх людських спонукань. У своєму розвитку лібідо проходить ряд етапів (включно з долібідозною стадією), що характеризують психосексуальний розвиток. Психосексуальний розвиток – приватний аспект психічного розвитку, що охоплює всі етапи становлення сексуальності і завершується вступом в період зрілої сексуальності. Психосексуальний розвиток починається вже з перших місяців життя. У його процесі формуються статеве самосвідомість, статеві ролі і психосексуальна орієнтація [6]. «Біологічна програма і статеві соціалізація, передбачені статевим вихованням і культурою, взаємодіють в нормі доповнюючи одна одну, створюючи гармонійну особистість» [7].

Поділ психосексуального розвитку на етапи умовний, хоча чітко відображає становлення основних компонентів сексуальності. У процесі індивідуального розвитку особистості Васильченко Г.С. з співавторами [50] виділяє наступні вікові періоди становлення та динаміки сексуальності:

1. Перший етап психосексуального розвитку. Парапубертатний період (1-7 років).

Протягом цього періоду формується статеве самосвідомість. Усвідомлення приналежності до статі відбувається під впливом мікро-соціального середовища. Сім'я є першим і основним джерелом інформації про поділ людей на статі, про різні статеві ролі. Сім'я ж навчає однієї зі статевих ролей [7]. Вплив сім'ї великий, але значну вагу відіграє і статеве диференціювання мозку в пренатальний період. У період до семи років

формуються свідомість статевої приналежності власної особистості й навколишніх, впевненість у її незворотності. Дитяча цікавість пов'язана з питаннями статі: 70% дітей розглядають статеві органи і показують їх один одному. За даними В.М. Астахов, І.В. Пузь, в «лікаря» грають 38% 4-5 річних дітей, 43,9% 6-10 літніх і 18% - 11-12 літніх. У цей період особливо важливим є контакт дитини з матір'ю. У процесі формування прихильності до матері закладається основа адекватних взаємин із навколишніми, позбавлення матері веде до реагування на навколишніх зі страхом і агресією, обмеженням здатності до нормального спілкування, жорстокості, імпульсивності, поверховості в стосунках із людьми.

У дівчат на цьому етапі виникають елементи сексуальної поведінки: гра в ляльки, будинок, сім'ю. Розвиток материнського інстинкту зберігається на всіх етапах психосексуального розвитку та навіть при його затримці жінка може залишатися прекрасною матір'ю та дружиною [21].

2. Другий етап психосексуального розвитку. Препубертатний період (7-13 років).

Цей період характеризується вибором і формуванням статево-рольової поведінки, вибором статевої ролі. Якраз у цей час формується характер. Батьки та їх стосунки стають об'єктом пильної уваги й наслідування. Правильна статево-рольова поведінка батьків формує адекватну статеву роль дитини, що відточується в рольових іграх [2].

Два перші етапи психосексуального розвитку відображають долібідозну стадію розвитку лібідо, де закладається інформація про сутність статі та статевих ролей.

3. Третій етап психосексуального розвитку. Пубертатний період (13-26 років).

Він містить два періоди, впродовж яких відбувається формування психосексуальних орієнтацій. На основі індивідуальних особливостей темпераменту та характеру формується особистість, ідеали поведінки та

спілкування між статями, еталони мужності й жіночності. Специфіка етапу – формування психосексуальних орієнтацій у виборі об'єкта симпатій та його індивідуальних особливостей (стать, зовнішній вигляд, статура, поведінка і т.д.) [12].

Цей етап можна умовно розділити на два періоди – власне пубертатний (13-18) і перехідний (18-26). Після закінчення перехідного періоду має наступити період зрілої сексуальності, що триватиме все життя, аж до спаду сексуальної активності в клімаксі.

Власне пубертатний період (13-18 років) – найбільш бурхливий в сексуальному розвитку організму, під час якого відбувається статеве дозрівання та формування лібідо, яке проходить три стадії.

Стадія платонічного лібідо «дитячої закоханості» для якої характерним є бажання подобатися, інтерес (часто перебільшений) до своєї зовнішності, одягу. З'являється цікавість до осіб протилежної статі, без усвідомлюваного сексуального характеру, бажання бути з ними разом, спілкуватися [3]. На цій стадії досить спільного підготування уроків, навчання за однією партою, занять в одному гуртку, просто уваги з його боку. Під час гармонійного розвитку в платонічну закоханість входять спочатку окремі елементи еротичного фантазування (залишитися наодинці, доторкнутися і т.д.), потім вони займають значну частину часу підлітка. Якщо цієї стадії немає - жінка навряд чи коли-небудь полюбить.

Стадія еротичного лібідо. Виникає інтерес до інтимного боку стосунків статей, еротичної літератури. Реалізація лібідо на цьому етапі частіше без оргазму, на рівні фрустрації, що форсує перехід до сексуальної стадії. Виникає потреба в тілесному спілкуванні, любові, ніжності, з'являється еротика дотиків, чуттєвість, бажання збуджувати чоловіків. Часто це час першого серйозного кохання. Однак, цю стадію не можна вважати завершеною, поки ці фантазії не реалізуються з партнером. Інакше всі труднощі, сумніви та невдачі закріпляться в свідомості та затримають розвиток лібідо на цій стадії,

ускладнюючи подальший психосексуальний розвиток. У більшості жінок потяг до статевому акту з'являється лише після підкріплення його оргазмом [40]. Жінка (дівчина) на цьому етапі часто вже має статеві стосунки, але вони не постійні, з періодами абстиненції. Це перехідний період становлення сексуальності (16-26 років), на якому, в нормі, відбувається перехід до сексуальної стадії розвитку лібідо, яка характеризується бажанням статевої близькості, оргазму. Виникає вона після мастурбації або першого оргазму в статевому акті. Поки цього не сталося, існують можливості відхилення від нормального психосексуального розвитку.

Що меншим є часовий розрив між початком фантазування і реалізацією, то швидшим є перехід до сексуальної стадії. Що довше відкладається реалізація фантазій і мрій, то більш вигадливими та нездійсненими вони стають. Відбувається затримка психосексуального розвитку, що часто супроводжується відсутністю оргазму.

Переходу до стадії зрілої сексуальності не відбувається, якщо з якихось причин випадає будь-яка стадія. Спотворюється протягом наступних стадій і становлення всієї сексуальності, виникають сексуальні проблеми. [46].

Класифікація жіночого оргазму А.М. Свядоща [49.] виділяє такі види оргазму:

1. За джерелом виникнення: 1) коітальний; 2) екстракоітальний (полюційний, мастурбаційний, зокрема міокомпресійний, петтінговий, випадковий). Прикладом міокомпресійного оргазму є наступне спостереження. Одна пацієнтка (медична сестра) скаржилась на відсутність оргазму під час статевому акту з чоловіком і з лікарями за місцем її роботи, які, за її словами, «були великими фахівцями» в цьому питанні. Водночас повідомила, що може відчувати його притисканням стегон, поклавши одне стегно на інше. До такої форми отримання оргазму вдавалася задовго до заміжжя. Друга наша 28-річна пацієнтка не відчувала оргазму під час статевому акту з жодним з двох своїх чоловіків (нині розлучена). Неодноразові спроби пережити його під час інтимних

контактів з іншими чоловіками також не мали успіху. Разом із тим, вона здатна випробувати до 30 і більше оргазмів після того, як протягом деякого часу стискає м'язи стегон, поклавши одне стегно на інше. Виявилося, що таким чином ця жінка вперше досягла оргазму в 8 років, і досі систематично вдається до цієї форми сексуального самозадоволення [28].

2. За локалізацію: 1) кліторальний; 2) вагінальний; 3) невизначеної локалізації.

3. За тривалістю: 1) короткочасний (пікоподібний); 2) затяжний (хвилястий); 3) одноразовий; 4) багаторазовий.

4. За інтенсивністю: 1) сильний; 2) помірний; 3) слабкий.

Слід звернути увагу з огляду на що А.М. Свядощ [49] розмежовує оргазм за локалізаціями. Необхідно підкреслити, що в основу такого поділу покладено не те, на які ділянки статевого апарату представників жіночої статі необхідно впливати, щоб у них виник оргазм, а локалізація відчуттів, що виникають у статевих органах жінки під час оргазму. У зв'язку з цим автор зазначає: "Відчуття, що виникають на початку оргазму, можуть локалізуватися або в ділянці клітора, або в ділянці піхви. Деякі жінки не можуть точно вказати їх локалізацію. Кліторальний оргазм частіше спостерігається у жінок, в яких клітор є високочутливою ерогенною зоною, вагінальний – у жінок, в яких такою ерогенною зоною є піхва. Під час ізольованої стимуляції клітора частіше виникає кліторальний оргазм, проте може проявлятися і вагінальний. Вагінальний оргазм може виникнути у жінки і поза статевим актом під час ізольованої стимуляції ерогенних зон піхви, що не супроводжується тиском на клітор, а також у процесі ізольованої стимуляції грудних залоз без дотику до піхви» [49]. З.В. Рожанівська та А.М. Свідок [46] звертають увагу на той факт, що на локалізацію оргазму також впливають конституційні особливості жінки. Так, кліторальний оргазм дещо частіше зустрічається у жінок з владними рисами характеру, а вагінальний – у м'яких, жіночних натур. З 200 опитаних

нефригідних жінок як кліторальний, так і вагінальний оргазми відчували 88 жінок, тільки вагінальний – 48, тільки кліторальний – 52, оргазм невизначеної локалізації – 12. З 88 жінок, які відчували обидва види оргазму, 15 вказали, що кліторальний оргазм був гострішим і приємнішим, ніж вагінальний, 12 - що вони приблизно рівні.. Водночас 61 жінка оцінила вагінальний оргазм як такий, що давав більш глибоке задоволення, «охоплював всю», а кліторальний оргазм як оргазм, що викликає лише локальні відчуття, залишає почуття напруженості і не приносить повного задоволення. [49]

Серед психоаналітичних робіт, присвячених темі сексуальності людини, найбільш цікавими, на наш погляд, є роботи Фрейда З. [55], Хорні К. [57], Райха В., його учня Лоуен А. [35], які направили свій науковий інтерес на розкриття функції оргазму для особистості і Еріксона Е. [61], представника Его-психології з її тезою про важливість психосоціальної ідентичності.

Фрейд З. в більшості своїх робіт аналізував феномени чоловічої сексуальності. Причина очевидна. Як зауважила його учениця Хорні К., психоаналіз – творіння чоловічого генія і те, що він був орієнтований на вивчення чоловічої свідомості, природньо та закономірно. Проте, важливий крок до розуміння жіночих сексуальних проблем був зроблений самим Фрейдом, який описав стадії психосексуального розвитку, Едипів комплекс та існування «заздрості до пеніса». Фрейд З. виділив такі стадії психосексуального розвитку:

1. Оральна стадія (0 до 1,5 років). Це період годування дитини грудьми. У цей час дитина найбільш залежна, потреба в їжі переважає над іншими потребами, але не менш важливі фізичний контакт з матір'ю, любов, тепло, захист. Необхідна близькість досягається через годування грудьми. Груді матері - джерело всього перерахованого вище, головне джерело задоволення, біологічного тваринного комфорту. Якщо в цей період дитина повністю цього позбавлена, то виникле в ньому почуття відчаю та безнадії стане постійною практикою. Але це почуття залишиться до тих пір, поки не проявиться як причина опору психотерапевту на

психотерапевтичному сеансі [55]. Якщо дитину не долюбили, не догодовували, то ця стадія фіксується в підсвідомості дитини і, крім оральної девіації, може сформуватися оральний характер з постійним відчуттям покинутості, розчарованості, самотності, безпорадності, постійним очікуванням співчуття, любові, та надзвичайної чутливості до найменшого прояву холодності партнера. А оскільки ніякий партнер не в змозі відповідати подібним вимогам, відчуття покинутості, ворожості, образи посилюється. Те, що така людина називає любов'ю, насправді є потреба в любові за дитячою схемою, в якій інша людина розглядається лише як джерело задоволення потреб [55].

2. Анальна стадія (1,5-3 роки). Фрейд називає її так само анально-садистичною. Дитина вчиться керувати актом дефікації та сечовипускання. Залежно від успішності або неуспішності цього навчання його або хвалять або лають. Якщо батьки невинувато рано змушують дитину свідомо керувати сфінктером – це призводить до неприємних наслідків. Рухові нерви, що йдуть до зовнішнього сфінктера заднього проходу, мієлінізуються в більш пізньому віці, тому ніякий контроль цього м'яза раніше, ніж цей вік настане, просто неможливий. Але діти вимушені стискати сідниці, втягувати таз і підтискати стегна, щоб утримати рух сфінктера, відчуваючи дискомфорт і біль. Виникає серйозний внутрішній конфлікт, що веде до фіксації на цій стадії, до розвитку анального характеру та створює патологічний анальний еротизм. Це так само перешкоджає подальшому сексуальному розвитку.

3. Фалічна стадія (3-5 років). Характерними для неї є підвищений інтерес до геніталій, початок дитячої мастурбації, дитячі ігри зі статевими органами, пізнання свого тіла та статева ідентифікація. Дитина стверджує себе як хлопчик чи дівчинка. Дівчинка долає несвідомий потяг до батька (аналог Едіпового комплексу, комплекс Електри) та ідентифікується з матір'ю. Дівчинка хоче ласки від батька, притискається до нього, хоче

вийти за нього заміж, розіграє модель сім'ї. Якщо немає адекватної реалізації цього комплексу, то є шанс, що відбудеться фіксація на цій стадії. Період дитячої мастурбації може затягнутися, мастурбація стане способом зняття тривоги та напруги. У цей період інфантильної генітальної організації тільки чоловічого статевого органу надається важливе значення, та дівчинка, на думку Фрейда З., неминуче відчуває заздрість до пеніса. Вона замикається, переживає почуття неповноцінності і мріє стати хлопчиком. Природа дівчинки біологічно обумовлює її бажання брати, вбирати. Вона відчуває, що її піхва занадто мала для пеніса її батька, і це змушує реагувати на власні геніталії з тривогою; вона боїться, що якщо її бажання здійсняться, вона сама або її піхва можуть бути зруйновані. Але в цьому, на думку Фрейда З., є і позитивна сторона: заздрість до пеніса і її подолання породжують прагнення мати дитину та таким чином формують потребу в любові, засновану на едіпальній любові до батька. Таким чином, дівчинка відмовляється від батька як сексуального об'єкта і рухається в бік справжньої об'єктної любові до батька. Порушення цього процесу - шлях до неврозу та сексуальних проблем.

4. Латентна стадія (6-12 років). Лібідо дрімає. Провідна діяльність - ігри, навчання, спілкування з друзями.

5. Генітальна стадія (з 12 років і далі). Лібідо фіксується на геніталіях, шукає і, при гармонійному розвитку, знаходить задоволення в статевих стосунках [55].

Лоуен А. у своїй роботі «Любов і оргазм» розглядає сексуальні ролі жінки в зв'язку з її психосексуальним розвитком [36].

У стосунках із протилежною статтю жінка може грати чотири ролі, які відповідатимуть чотирьом стадіям її психосексуального розвитку: сексуальний об'єкт (стадія доньки), сестра, романтичний ідеал і мати. Кожна наступна стадія потенціюється попередній, в результаті виникає зріла

особистість. Коли жінка досягає фінальної, материнської стадії, вона опановує інші аспекти своєї природи та успішно поєднує в собі всі ролі. Жінка не може функціонувати як сестра, якщо вона не завершила стадію дочки в результаті якихось відхилень, які зафіксували її на більш ранній стадії. Зафіксована роль буде переважати в поведінці жінки, та чоловік буде несвідомо реагувати на таку жінку відповідно до цієї ролі та приймати її в цих рамках. Це не означає, що жінка не робитиме спроб виконувати й інші ролі, однак її здатність до цілісності буде ускладнена затримкою психосексуального розвитку на незавершеному рівні. Далі Лоуен А. описує структуру характеру та сексуальну поведінку жінок, особи яких зафіксовані на будь-якій стадії.

1. Затримка психосексуального розвитку на рівні дочки, призводить до нездатності вирішити едіпову ситуацію, зафіксувавши жінку на ролі сексуального об'єкта. Відсутність батьківської любові створює несвідомі тенденції, які б мотивували її поведінку. Відчуваючи себе нелюбою, але сексуально привабливою, вона заперечує власну потребу любити, переносить її на інших. Вона абсолютно не здатна перебувати на самоті. Відсутність любові викликана відсутністю розуміння з боку батька, на якого вона переносить незавершений оральний потяг, що створює надмірну залежність від чоловічої фігури. Їй важливо, щоб чоловіки потребували її, хотіли її, оскільки вона має гостру потребу в них. Вона відчуває себе привабливою з ранніх років і часто помічає сексуальний інтерес з боку старших чоловіків. Відкинута як об'єкт любові та прийнята в якості сексуального об'єкта, вона протестує проти своєї сексуальності, пригнічує свою чуттєвість і розігрує потребу в сексі. Часто такі жінки не отримують оргазму ні з чоловіком, ні під час мастурбації, але легко віддаються сексуальним пригодам в пошуках втраченого батька. Вона буде завжди покірною, послужливою, нічого не жадає від чоловіка і ніколи не зможе сказати йому «ні».

2. Фіксація на ролі сестри. Сестринське ставлення до чоловіка ґрунтується на відчутті рівності та відображає почуття дівчинки

допідліткового віку до братів і до друзів. Фіксація на цьому рівні не гальмує вступу в шлюб і народження дітей, але специфічним чином вибудовує стосунки цих жінок із партнерами. Спільність інтересів виходить на перший план, а сексуальні стосунки - на другий. Така жінка-компаньйон, завжди бажає допомогти партнеру, але обмежує своєю допомогою і контролем його свободу. Секс лише підтвердження спільності інтересів, а не пристрасть. Їй важко досягти сексуального задоволення й оргазму, але це для неї не головне.

3. Жінка, фіксована на ролі романтичного ідеалу, ставиться до чоловіків як сексуальна особистість. Її психосексуальний розвиток відповідає підліткової стадії дівчи або романтичного ідеалу. Така жінка боїться власного сексуального відгуку, оскільки це не буде відповідати ролі, на якій вона фіксована. Страх оргастичної розрядки з її найсильнішими, мимовільними, конвульсивними рухами Райх В. [82] назвав «оргастичною тривожністю». Може здатися дивним, що людина боїться задоволення, проте якщо згадати, що статеве насолода часто асоціюється з почуттям гріха та провини, то все стає зрозумілим.

Клінічні дослідження показують, що тривожність через задоволення характерна для невротичних людей, які бояться глибокої особистісної захопленості, повної взаємодії в сексі та любові. Лоуен А. [35], вважаючи, що оргастична тривожність виникає з тривожності, що асоціюється з пригніченим почуттям ненависті, звичайно, мав рацію. Фізично оргастична тривожність є неможливістю напруженого тіла витерпіти сильне сексуальне збудження. Люди, які бояться «відпустити себе» в оргазмі, стають нездатними до нього. Здатність дозволити тілу рухатися під час сексу – це здатність пережити оргазм. Але людина не може дати цьому статися, якщо відчуває себе небезпечно у власному тілі, з яким вона

слабо ідентифікована. Порушення оргастичної потентності тісно пов'язане зі страхом сексуального руху, думки про який зчеплені з безліччю табу і сексуальною тривожністю. Це зумовлює виникнення ригідності перед настанням оргазму. Замість посилення і прискорення рухів тіло дерев'яніє, рухи припиняються або сповільнюються, а подих завмирає. Лоуен А. вважав, що багатьом жінкам не вдається досягти оргазму, тому, що коли наростає збудження, вони затримують рух, дихання, через страх перед власним сексуальним вивільненням. Така реакція вказує на страх оргазму. Тут, на думку Лоуен А., необхідно розкрити глибинний внутрішній конфлікт особистості, який перешкоджає її сексуальності та не дає досягти сексуальної завершеності. Тут завжди присутній конфлікт між любов'ю і сексом, що Фрейд пов'язував з виникненням істеричного характеру. Така особистість не може з'єднати романтичний аспект любові з її фізичним виразом в сексі. У період залицяння вона є для партнера романтичним ідеалом, і це частково сплавляє для неї секс з любов'ю. Але в шлюбі цей сплав поступово тане, оскільки романтична дівка не може вистояти перед повсякденною фізичною близькістю. Її сексуальне збудження знижується. Їй легше здаватися сексуальною і відчувати себе такою зі сторонніми, ніж з власним чоловіком, якого вона не може притримувати на відстані. Вона завжди шукає романтичного коханця, для якого стане романтичним ідеалом, що буде підживлювати її сексуальне збудження. Її оргастичний відгук неминуче обмежений через відхід в фантазійні або реальні амурні пригоди [35, 36].

4. Фіксація психосексуального розвитку на ролі матері. Така жінка завжди гратиме роль матері стосовно чоловіка. Їй притаманне материнське мучеництво, відмова від себе заради чоловіка (деякі мазохістичні риси). Партнер для неї син, вона йому все пробачає та ставиться до нього поблажливо. Будучи покірною чоловікові зовнішньо, внутрішньо вона панує над ним через свої страждання, жертвність і мучеництво. Таку

жінку важко назвати сексуально завершеною, оскільки вона не може відстояти своє право на сексуальне завершення. Якщо подолати конфлікт між прагненням до підпорядкування і прагненням панувати на несексуальній основі, її сексуальні почуття розквітнуть.

Гармонійна жінка у нормальних стосунках із чоловіком, є для нього і дочкою, і сестрою, і романтичним ідеалом, і матір'ю водночас. Тільки така цілісність, за думкою Лоуен А., є запорукою того, що сексуальність жінки стане експресією всеосяжної любові до чоловіка.

Цікавий погляд на проблему психосексуального розвитку пропонує Еріксон Е. [61]. На його думку, це питання тісно пов'язане з розвитком у людини «Я-концепції». Особистість у своєму розвитку проходить ряд стадій, кожна з яких характеризується появою новоутворень як результату протиріччя між прогресом і регресом особистості. У теорії Еріксона наявні ідеї, близькі до поглядів Виготського, Леонтьєва, Ананьєва про наявність сенситивних (критичних) періодів у розвитку людини. Кожна стадія Еріксона характеризується сензитивністю до будь-якого аспекту соціальних відносин, має критичну точку, несе в собі можливість або нового досягнення в розвитку, або невдачі, що призводить до порушення розвитку. Стадії розвитку за Еріксоном відповідають певним віковим періодам. Розглянемо ці стадії.

1. Новонароджений період (дитинство). Відчуття від власного тіла (самовідчуття) невід'ємний елемент психофізичної ідентичності новонародженого. Самопізнання, самосвідомість починається з найпростіших актів самопізнання. Тут особливого значення набувають контакти немовляти з матір'ю, в яких дитина є активним ініціатором. Головним джерелом інформації про себе для немовляти є дорослі, які дають йому ім'я, привчають відгукуватися, допомагають усвідомити функції органів свого тіла [14]. Відповідно за Еріксоном, основи особистісного розвитку людини закладаються у період від народження до 18 місяців: формується почуття довіри до навколишнього світу, основа

позитивного самоствавлення, довіри до себе і самоповаги (за гармонійного розвитку і достатньої уваги з боку близьких і, головне, матері). У зворотному випадку формується базальна недовіра до світу і себе, негативне самоствавлення та самооцінка.

2. Ранішене дитинство (1-3 років). Дитина усвідомлює свій індивідуальний початок і себе як активно діючу істоту. Головний позитивний результат цієї стадії – розвиток почуття автономності, незалежності, перехід від повної залежності від дорослих до відносної самостійності. Закладається уявлення про себе як здатного до самостійного руху й дії, закладається воля бути собою. З цим тісно пов'язана подальша самооцінка дитини, той чи той ступінь пізнавального інтересу до світу та прагнення стояти на своїх ногах. За обмеження самостійності та активності дитини, виникає почуття невпевненості в собі, в своїх силах і в своїй автономії, надмірна сором'язливість, почуття сорому через свої невдалі дії, сумніви у власній цінності для навколишніх.

3. Дитинство (4-6 років). З'являються перші уявлення про те, якою вона може стати людиною. Дитина визначає для себе межі дозволеного. Не можна обмежувати в цей період допитливість, активність та ініціативність дитини. Це припинить формування почуття відповідальності та призведе до формування мстивості, страху перед покаранням, самообмеження, самозаперечення. Не можна припиняти рольове експериментування, щоб не відбулося фіксації на будь-якій одній ролі.

4. Шкільний вік (7-14 років). Дитина намагається завоювати визнання та схвалення своєї діяльності. Розвивається почуття працьовитості, творення. В іншому випадку – почуття власної неадекватності через нездатність виконати будь-яке завдання, діяльність і, в результаті, почуття неповноцінності, уявлення про себе як про некомпетентну, нетворчу, нездатну до роботи людину.

5. Підлітковий вік (14-17 років). У цьому віці яскраво простежується прагнення висловити своє ставлення до навколишніх, занепокоєння думкою про себе. Характерною для цього віку є «криза ідентичності», що має чотири рівні:

- «Сузір'я ідентичність» – індивід ще не зробив відповідального вибору і не вступив у період кризи.
- «Вирішеним» – людина входить у дорослу систему стосунків, не пройшовши кризи та випробування.
- «Мораторій» – людина знаходиться в процесі самовизначення.
- «Зріла ідентичність» – криза завершена й людина переходить від пошуку себе до самореалізації.

В цей період вирішуються завдання: отримання впевненості в тому, що людина зберігає своє «Я» в часі та різних ситуаціях, отримує впевненість у тому, що інші сприймають її тотожним самому собі в часі та різних ситуаціях, що інші сприймають її так само, як вона себе.

Формується ділова ідентичність, антиципація ролей, прагнення до самоствердження, взаємне визнання. В іншому випадку – сплутана ідентифікація з різними реальними або уявними людьми ціною відмови від власної індивідуальності, фіксація на якійсь одній ролі, невпевненість в собі, аутичність

Наступні три стадії проходять через юність. Тут формується інтимність або ізоляція, вибір спрямованості сексуального потягу або бісексуальна сплутаність, генітальність або регрес на ранній стадії сексуальності, ідеологічна визначеність або сплутаність цілей, інтегрованість всього минулого досвіду особистості або почуття приреченості та безвиході [61].

Однією з проблем юності Еріксон вважав біологічну незавершеність статевих відносин між юнаками та дівчатами, оскільки їхні сексуальні стосунки в більшості випадків не завершуються народженням дітей. Це дає

неясне відчуття психологічної незадоволеності (особливо у жінок) і відхід в різні види активності (моторної, політичної і т.д.) Заперечення почуття любові та необхідності дітородної функції і породжує сексуальні проблеми.

У цей період відбувається вибір між вірністю в любовних стосунках і невірністю. Як пише Еріксон Е .: «Вірність - це свідцтво про закінчення юності».

Р. Крукс і К. Баур [33] повідомляють, що чоловік може не піклуватись про те, щоб принести задоволення своїй партнерці. Це перешкоджає досягненню ступеня її сексуального збудження, за якого відбувається оргазм. Чоловік також може насолоджуватися тим, що відмовляє жінці в «отриманні задоволення», викликавши у себе оргазм. Причиною розладів оргазму може стати втома. До цих розладів можуть призвести: тривога, гнів страх навіть у випадках, коли йдеться про психічну патологію. Також причиною відсутності оргазму у жінок може бути порушення ерекції або передчасна еякуляція партнера, неадекватна стимуляція негенітальних та генітальних еrogenних зон, використання неадекватних сексуальних позицій.

Проблеми в процесі соціалізації в дитинстві вважають важливим фактором, що призводить до сексуальної дисфункції у дорослих. Запропоновані пояснення розладів оргазму містять відсутність сексуального утворення, суворе релігійне виховання, проблеми пов'язані із сексуальною орієнтацією або гендерною ідентичністю, «негативні почуття до сексу» зумовлені інформацією, отриманою в дитячому або підлітковому віці, негативне ставлення до сексуального задоволення. Багато жінок, у яких зазначались труднощі з настанням оргазму, ніколи не досліджували свої статеві органи, не мастурбували або не мали сексуальних фантазій через соціальні або релігійних заборони щодо цих дій [66, 75, 76, 78, 79] Penner та C.L. Penner [80.] повідомляють, що до оргазмічного розладу більш схильні жінки з недостатніми знаннями про своє тіло і непроінформовані про циклосексуальні реакції та прийоми ефективної стимуляції, а також ті, хто під час коїтусу бачать себе в більш пасивної ролі. Оскільки вони не очікують

отримати задоволення від сексуального контакту, то не відчують зв'язку між інтенсивністю коїтусу та психосексуальною реакцією свого тіла [62]. Також зазначає, що несприятливий вплив на сексуальні функції жінок може надавати безробіття, стресові життєві ситуації, зокрема фінансові труднощі та проблеми, пов'язані з роботою, хворобою або смертю члена сім'ї [81]. Крім того, до аноргазмії жінок може призвести несприятлива атмосфера для статевої близькості (вимушена наявність в кімнаті під час сексу інших членів сім'ї, відсутність в кімнаті дверей або двері, що не спираються, та ін.) У зв'язку з цим, цікавим є наступне клінічне спостереження. Йдеться про 36-річну жінку, яка 9 років прожила з чоловіком із гіперконтролем напруження статевого члена, що зумовлено його невпевненістю у своїх сексуальних можливостях. На початку їхніх стосунків, завдяки тактовній поведінці, жінка допомогла йому налагодити більш-менш нормальні сексуальні контакти. Однак цей зв'язок траплявся в кімнаті, де також спала її маленька дитина, яка іноді при цьому прокидалася. Крім цього, в сусідній кімнаті, не відокремленій дверима від тієї, де були сексуальні партнери, постійно знаходилася жінка інвалід – тітка пацієнтки, яка неодноразово чула, що відбувається під час статевих актів. Найбільш згубно це позначилося на сексуальних реакціях пацієнтки, призвівши до блокування її оргазму [29]. Серед факторів, які можуть вплинути на здатність жінки відчувати оргазм, можна назвати також погані стосунки між партнерами; невирішені конфлікти або відсутність довіри до партнера; насильство з його боку, зокрема вербальне; сексуальне насильство, яке трапилося раніше, і навіть у дитячому віці; інцест; почуття провини від насолоди сексуальною активністю; тривоги і занепокоєння жінки у зв'язку з вагітністю; страх партнера, що жінка може завагітніти, низьку самооцінку, «нудьгу в сексуальній активності або стосунках», можливість заразитися венеричними захворюваннями [66, 76, 78, 79].

Описані дві «оргазмічні моделі» у жінок, які пережили інцест: оргазм виникає лише з новим сексуальним партнером; здатність до оргазму за відсутності сексуального бажання, збудження або задоволення [69]. Існують

цікаві висновки С. Фішера [68], згідно з якими у жінок, що зазнають труднощів під час настання оргазму, батьки або були відсутні, або були ненадійні. Він припустив, що ці фактори ведуть до емоційного контролю і страху відпустити його в присутності коханця. За нашими спостереженнями, зниженню сексуального потягу, збудженню і навіть аноргазмії можуть сприяти чинники, пов'язані з впливом інших членів сім'ї на характер стосунків між подружжям. Наприклад, у конфліктах між дружиною і батьками чоловіка він може прийняти їхню сторону, і тоді дружина може відчувати себе скривдженою. Набагато більший ризик негативних впливів виникає під час спільного проживання подружжя з батьками. Також зазначається, що згубний вплив на сексуальну сферу жінки може надавати хірургічне видалення "фізичних і психологічних символів жіночності", яке може призвести до "почуття зниженої сексуальності", (видалення) у жінок тих чи інших статевих органів або грудної залози при пухлинах) [81].

McCabe [75] повідомляє наступне: «Дискомфорт під час негенітальних і генітальних дотиків ускладнює розвиток інтимних стосунків, що, зі свого боку, призводить до кризи і в кінцевому підсумку до статевої дисфункції в одного або обох партнерів».

Дослідження особистісних факторів свідчать, що рідкість переживання оргазму безпосередньо пов'язана з інтроверсією, емоційною нестабільністю, закритістю для нових переживань. Низька емоційна чутливість (здатність розпізнавати емоційні стани та ефективно керувати ними) також може зумовлювати проблеми з оргазмом [72].

Було показано, що у жінок із розладами настрою на всіх етапах циклу сексуальної реакції відзначають нижчий рівень сексуального функціонування [78, 79]. Крім того, причиною розладів оргазму в жінок може стати синдром тривожного очікування сексуальної невдачі, коли жінка побоюється того, що в черговий раз не зможе відчувати оргазм [17]. Цей феномен також називають виконавською тривожністю [83].

Нерідко ігнорують фактор можливості виникнення розладів оргазму в жінок, що пов'язаний з існуванням у них патологічного сексуального стереотипу, зумовленого систематичною і багаторічною мастурбацією, коли здійснювалася стимуляція, що не може бути відтворена під час коїтусу (використання жінкою душа, міо у жінок, ізольоване здавлювання головки статевого члена, відсутність її залучення за його стимуляції, розкочування його стовбура, використання порнографії та ін). Це може бути причиною відсутності оргазму при коїтусі. Кочарян Г.С. Эрогенные стимулы сексуальность. – Харьков: Изд.Рожко С.Г., 2017. – 152 с

У висновку слід зазначити, що описані вище фактори можуть брати участь у формуванні розладів оргазму як ізольовано, так і в різних поєднаннях. До того ж може йтися не тільки про залучення факторів однієї модальності.

1.2 Психологічний підхід до вивчення самоставлення особистості

У сучасній психології проблемі «самовідносини» приділяють багато уваги. Серед зарубіжних та вітчизняних досліджень можна назвати роботи Р. Бернса, С. Куперсмита, С. Р. Пантілеєва, М. Розенберг, Н. І. Сарджвеладзе, Є. Т. Соколова, В. В. Століна, Р. Щавельзона, що вивчали особливості будови самовідносин. Д. В.Желателєв, А. П. Корнілов, М. І. Лісіна, Г. І. Морєва, К. Роджерс, І. Г.Чеснова, С. Г. Якобсон досліджували взаємозв'язки самовідносини з іншими проявами особистості. Н. М. Авдєєва, А. Адлер, Р. Бернс, Г. К. Валіцкас, Ю. Б. Гіппенрейтер, Є. І. Савонько, В. Сатир, Е. Еріксон виділяли фактори, які впливають формування самоставлення.

Поняття «самосвідомість», «Я-концепція» і «Я-образ» є дуже близькими. На сьогодні немає єдиної думки щодо змісту цих понять. Деякі вчені НЕ проводять поділу понять «Я-образу» і «Я-концепції». Однак щодо проблеми розмежування цих понять більшість вчених вважають, що правомірним буде проведення аналогії з нашаруванням: «Я – образ» входить в «Я-концепцію», яка входить в самосвідомість [45].

Відповідно до В. В. Столін, із усього перерахованого самопізнання - це найбільш широке поняття, яке можна визначити як процес пізнання людиною себе, її ставлення до самого себе [45]. Я-образ або Я-концепція - це уявлення про себе, продукт самосвідомості. Таке розрізнення продукту і процесу було введено в психологію У. Джемсом у вигляді розрізнення «Я чистого», тобто того хто пізнає, і «Я емпіричного», тобто пізнаваного. Я-образ можна віднести до другого, тобто власне особистості, зв'язавши з соціальним сприйняттям, а Я-концепцію до першого [44]. Під час аналізу будови Я-образу і Я-концепції часто виділяють два аспекти: самоставлення та знання про себе, також пропонують наявність в їхній структурі усвідомлюваної і неусвідомлюваної частин. Окрім цього, в їхньому змісті можна виділити два найважливіших утворення: приєднувальна Я-концепції, тобто знання в характеристиках, які об'єднують людину або суб'єкта з іншими людьми, і диференційна Я-концепції — знання про свої неповторні й унікальні риси [52]. Слід зазначити, що за розведення понять Я-образ і Я-концепція їх відрізняє наявність самооцінювальної складової, тобто складовими Я-концепції є уявлення про себе (когнітивний момент і самооцінка, тобто емоційний компонент).

Проблема самосвідомості і Я-концепції розглядалася представниками різних психологічних підходів: психодинамічний напрям (З. Фрейд), когнітивний напрям (А. Валлон, Л. Колберг, Ж. Піаже та ін.), гуманістичне спрямування (Г. Олпорт, А. Маслоу, В. Франкл та ін.) [45]. Самосвідомість є складною динамічною єдністю стосунків і знань, афективного та інтелектуального. Подібну думку розділяли і розвивали представники радянських психологічних шкіл (А. Леонтьєв, Л. Виготський, С. Л. Рубінштейн, Б. В. Зейгарник, А. А. Бодалев та інші).

Багато дослідників висувають власні моделі самосвідомості з різним психологічним змістом, що містять різну кількість компонентів:

- самосвідомість — це не тільки пізнання себе, а й ставлення до себе, самооцінка (А.Г. Спіркін, 1972);

- самосвідомість — єдність самопізнання, саморегулювання поведінки особистості в її емоційно-ціннісного ставлення до себе (І.І. Чеснокова, 1977);
- структура самосвідомості представлена чотирма компонентами: актуальне «Я», ретроспективне «Я», ідеальне «Я», рефлексивне «Я» (Н. В. Козієв, 1980);
- в структурі самосвідомості виділяють наступні компоненти: самооцінка, самопізнання, самопочуття (К. К. Платонов, 1986);
- самосвідомість містить в собі 6 компонентів: самопізнання, самооцінка, самопочуття, самокритичність, саморегуляція і самоконтроль (А. С. Олійник, 1975).

В. С. Мерлін визначає самосвідомість таким чином. Самосвідомість — це особлива форма свідомості, об'єктом якої є власне «Я» особистості як суб'єкта діяльності, а не реальність, і містить структуру самосвідомості чотири компоненти: свідомість «Я» як активного початку, як суб'єкта діяльності; свідомість тотожності; соціально-моральна самооцінка; усвідомлення своїх психічних властивостей (В.С. Мерлін, 1988).

В. В. Столін виділяє в самосвідомості ступеневу будову, яка містить в собі три рівні: організм, соціальний індивід і особистість. Він виділяє саме ці рівні самосвідомості не випадково. У психології є традиційним і стоїть у самих її витоків поділ особистості на фізичну, соціальну та духовну особу. Розробці цієї ідеї особлива увага приділена ще з У. Джемса. Якщо говорити про ідею рівневої будови самосвідомості, то її неодноразово висловлювали в світовій і вітчизняній культурі. І. С. Кон висловив рівнево-ієрархічну теорію Я-образу на основі поняття установки. Концепція Кона свою основу бере з диспозиційної теорії регуляції соціальної поведінки, автором якої є В. А. Отрут [58]. Вони розуміють Я-образ як установчу систему. Установки ж складаються з трьох складових: афективний, когнітивний і поведінковий, що походить від перших двох.

У дитячому віці відбувається виникнення біологічного рівня самосвідомості. Насамперед це пов'язано з переживанням своєї суб'єктності в

результаті виділення з навколишнього середовища «себе». Виникнення соціального рівня самосвідомості відбувається тоді, коли дитина входить у соціум, коли відбувається оволодіння мовою, децентрація суб'єкта, порівняння себе з іншими. У самотавленні дитини відбивається життєва необхідність бути прийнятим тими, хто її оточує — перенесення всередину відносин інших (відкидання з боку інших або прийняття ними) [53]. Моменту, що описаний вище, відповідає так звана криза трьох років (поява «Я-сам»). А з виникненням рефлексії відбувається формування особистісного рівня самосвідомості. Здійснюється це приблизно у віці семи років. І основою самотавлення стає потреба в самоактуалізації.

Побудову Я-образу можна об'єднати з рівнем або зі ступенем соціального індивіда в формуванні самосвідомості. Необхідними умовами становлення Я-образу є оволодіння мовою і децентрація. Я-образ містить в собі поведінку, зовнішній вигляд і психологічні якості. Я-концепція формується під впливом соціальної взаємодії і лише в ньому виявляється і реалізується. Згідно з думкою О. А. Тіхомандріцької і Є. П. Белінської (2001), соціальні взаємодії обумовлюють наші судження про себе, а сформована в кінцевому підсумку Я-концепція обумовлює особливості подальших взаємодій людини зі своїм соціальним оточенням.

Варто зауважити, що з року людина змінюється під впливом внутрішніх факторів: статеве дозрівання або старіння; під впливом зовнішніх чинників: соціальне оточення, виховання і т. д. Тоді стає зрозумілим, що Я-образ — динамічне утворення, він змінюється протягом життя людини, а не є статичним.

Компонентом Я-образу для зовнішнього світу є уявлення людини про власну зовнішність. Характер таких уявлень багато в чому обумовлюється специфікою соціального досвіду людини протягом усього життя. Оскільки певною мірою від фізичних якостей людини залежить ставлення до неї, то саме вони є важливим фундаментом для формування Я-концепції (Шибутані, 1999). У зв'язку з цим Я-концепція — це підсумок соціального розвитку особистості.

У психології можна виділити два напрямки розробки поняття «самоставлення». Відповідно до першого напрямку, до якого відносяться, як правило, роботи західних дослідників, а саме Дж. Марвел, К. Роджерс, Л. Уельс, С. Куперсмит і ін., самоставлення зіставлено з системою самооцінок людини. У вітчизняній психологічній науці проблема самостійності наукового статусу явища самоставлення, його наповнення та будови зв'язують з розробкою теорії самосвідомості особистості. До цього напрямку належать такі вчені: І. С. Кон, В. В. Столін, Л. С. Виготський, І. І. Чеснокова та ін.

Теоретичне розуміння феномену самоставлення спочатку розуміли як афективного компоненту Я-концепції, тобто емоційної складової установки на себе. Залежність від контексту пропонувала наявність системи приватних самооцінок, а принцип цілісності «Я» зумовив введення поняття «узагальненої самооцінки». Вважалося, що приватні самооцінки, які розглядають в динамічній сумі, об'єднуються в узагальнене переживання, яке пов'язане з Я-образом. Відносно стійка й узагальнена самооцінка була предметом аналізу в дослідженнях У. Джемса, Ходжа, Р. Шавельзона, Маккарті. Відправною теоретичною установкою цих досліджень було розуміння загального самоставлення як афективної реакції на певний зміст Я-образу.

За подібного підходу неясним залишається, які саме особливості функціонування і будови емоційно-оцінувальної системи уможливають інтеграцію системи приватних самооцінок. Створення різних систем зважування та інтеграції приватних самооцінок в глобальну самооцінку не дозволили отримати кореляційних зв'язків між самоставленням і самооцінкою. За цього структура самоставлення збігається зі структурою Я-образу і починає втрачати свій теоретичний статус об'єкта психологічного аналізу.

Осмислення самоставлення як самостійної змінної в дослідженнях М. Розенберга і С. Куперсмита, навпаки, впливає з її своєрідною природи, яка реалізує специфічні функції самосвідомості. Самоставлення усвідомлюють як узагальнене одномірне утворення, яке відображає більш-менш стійкий рівень

негативного або позитивного ставлення людини до самої себе. За цього підходу до уваги не береться внутрішня структура [14].

Проблематика самоствавлення вивчалася докладно. Початковою передумовою є культурно-історичний підхід, створений Л.С. Виготським, який містить ідею про співвідношення реальної та ідеальної форм.

В онтогенетичному формуванні людини спочатку є ідеальна форма, яка взаємодіє з реальною: з перших моментів дитячого розвитку вища ідеальна конфігурація виявляє вплив на становлення перших форм психіки дитини. Відповідно до Л. С. Виготського, ідеальна форма відображає сформовані в ході історичного розвитку людства форми культурної поведінки. У культурі в готовому вигляді існують форми поведінки, здатності, якості особистості, які повинні бути засвоєні дитиною в процесі її розвитку. Дитина, яка позбавлена взаємодії з культурними (ідеальними) формами не зможе виробити в собі специфічних людських якостей [9].

Відповідно до думки В. Н. Мясіщева, формування стосунків в особистісній структурі відбувається в результаті відображення на свідомому рівні сутності соціальних, об'єктивно існуючих відносин в суспільстві в умовах його макро- і мікробуття, в якому він живе. Співвіднесені зі ставленням до своєї особистості переживання можуть проходити в безпосередній емоційній формі. Коли емоційної реакції немає, і вона заміщується оцінвальним судженням, за яким знаходиться не актуалізована в конкретний момент, а колись пережита емоційна реакція. У випадках нечіткого усвідомлення «інактуальна форма» переживання представлена в глобальній оцінці, в основі якої завжди лежить пережитий емоційний досвід [38].

На думку А. В. Петровського, самоствавлення слід розглядати за принципом динамічної ієрархії, в якій різні модальності емоційного ставлення можуть бути в якості ядерної структури, фактично визначаючи витриманість і зміст узагальненого сталого самоствавлення. Зміст ядерної структури обумовлюється соціальним середовищем і соціальною ситуацією розвитку,

яка впливає на ієрархію провідних діяльностей і мотивів. Ступінь значущості і співвідношення компонентом самоствавлення залежать насамперед від ієрархії діяльностей, в яких людина вбачає переважну сферу самореалізації.

З огляду на все вище сказане, можна зробити висновок про те, що самоствавлення відображає узагальнені почуття позитивного або негативного ставлення до себе і має складну будову. Будова і суть самоствавлення можуть бути розкриті лише в умовах реальних життєвих відносин суб'єкта та діяльностей, за якими стоять його мотиви, пов'язані з самореалізацією його як особистості.

До ключових механізмів формування самоствавлення відносять інтеріоризацію відносин «значущих інших». Це положення знаходить більш докладне розкриття в роботах з символічного інтеракціонізму Д. Міда (1934) і його послідовників. На думку Д. Міда, індивід «застосовує» до своєї особистості ставлення навколишніх, що у процесі соціального взаємодії, засвоює його, і в результаті у нього формується ставлення до себе. Р. Берні окремо наголошував сталість самоствавлення, пояснюючи самонаправленості емоцій, які пов'язані з Я-образом [2].

Подібних поглядів дотримуються М. Розенберг (1979) і Х. Каплан (1980), які вважали, що сталість самоствавлення особистості забезпечують два ключових внутрішніх мотиви: мотив самоповаги, який забезпечує підтримку самоповаги особистості на відносно високому рівні, і потреба в стійкості Я-образу. Р. Берні в загальному вигляді визначає самоствавлення або інтегральну самооцінку як афективну складову установки людини на себе, що має стійкий характер, володіє різною інтенсивністю і залежністю від контексту і когнітивного змісту Я-образу.

С. Куперсмит (1967) визначає самооцінку як ставлення людини до себе, яке поступово формується і виявляється як почуття схвалення, ступінь якого відображає переконаність індивіда у своїй самоцінності, значущості. М. Розенберг розуміє самооцінку як спрямовану на «Я» установку, яка носить позитивний або негативний характер. Установка відображає рівень розвитку в

індивіда почуття самоповаги, відчуття власної цінності і позитивного ставлення до всього, що входить в сферу його «Я». Природа самоставлення як почуття самоприйняття індивіда досить повно розкривається в феноменологічному підході К. Роджерса (1961).

Самоставлення індивіда має мотиваційно-афективну детермінацію, проявляється самоставлення до почуття внутрішнього благополуччя або неблагополуччя індивіда. К. Роджерс приділив особливу увагу ходу формування Я-концепції і самоставлення індивіда. За його уявленням, Я-концепцію можна визначити як послідовний і організований концептуальний гештальт, складений з сприйняття властивостей «Я» або «мене» та сприйняття взаємин «Я» або «мене» з іншими людьми і з різними аспектами життя, а також цінностей, пов'язаних з цими сприйняттями.

Я-концепція — цілісна система самосприйняття індивіда, що формується в процесі його соціалізації. Одночасно з Я-концепцією в ранньому онтогенезі формується і потреба в позитивній увазі до себе. Згідно з уявленнями Роджерса, потреба в позитивній увазі є універсальною, всепроникною і стійкою. Ступінь задоволеності цієї придбаної потреби відображається в відчутті самоприйняття індивіда і переживанні того, що його приймають інші. Роджерс говорив про те, що самоприйняття має на увазі «безумовне» прийняття себе, тобто йдеться про незалежність цього почуття від оцінки своїх проявів. Окрім цього, для процесу соціалізації характерно те, що дитина отримує обумовлену позитивну увагу. Вона завдає шкоди її становленню з тієї причини, що дитина прагне відповідати зразкам інших і оцінювати себе як особистість тільки з точки зору цінності дій, почуттів і думок, які отримують схвалення і підтримку.

Таким чином, важливо забезпечити дитині безумовну позитивну увагу батьків, тоді вони переживають аналогічні почуття по відношенню до себе самих. У свою чергу це дозволяє їм розвивати власні цінності, а також задовольняти їх відповідно до реальних переживань, незалежно від оцінки

інших. При цьому Роджерс чітко розрізняє самоприйняття і самооцінку, як два різних аспекти самоставлення.

Як вважає Н. І. Сарджавеладзе, в якості своїх окремих сторін феномен самоставлення містить в собі самосвідомість, самооцінку, самопізнання, емоційне ставлення до себе, саморегуляцію і самоконтроль. А поняття «самоставлення» є родовим щодо понять самопізнання, самооцінки та інших подібних понять, у яких є приставка «само» і які відображають широкий спектр феноменів внутрішнього життя особистості.

Структура самоставлення складається з трьох компонентів: конативний, емоційний і когнітивний. Можна припустити тенденції до консистентності, виникаючою між цими компонентами, оскільки самоставлення є одним з видів атитюдів, а атитюди характеризуються генеральною властивістю. Консистентність компонентів (data validity) — це узгодженість їх один з одним, цілісність і внутрішня несуперечливість.

Конативний компонент самоставлення постає як внутрішні дії на свою адресу або як готовність до подібних дій. Йдеться про маніпуляторного-інструментальне та діалогічне відношення до себе, про самовпевненість (відкидання сумнівів), про самоприйняття (схвалення самого себе) і самозвинувачення і т.д.

Наступний компонент самоставлення — когнітивний. Він є таким за ознакою гностичних процесів, які вміщені в його функціонування (сприйняття, пам'ять, мислення, уяву і т.д.), складне гетерономне утворення. В роботах В.В. Століна показано, що самоставлення пов'язане з рівнем фізичної активності людини.

Процеси сприйняття себе також певною мірою «забезпечують» суб'єкта необхідною селективною і надлишковою інформацією про самого себе. У юнацькому віці сприйняття власної зовнішності інтенсифікується і визначає форму і зміст життєдіяльності особистості.

Розумові процеси, які реалізують в гностичному плані функцію самоставлення, утворюють Я-концепцію особистості. За допомогою операцій

узагальнення, синтезу, судження, аналізу і умовиводи особистість в юнацькому віці виробляє стійкі уявлення про себе саму, які утворюють певну консистентну структуру.

Уявлення про самого себе сприяють соціальній регуляції міжособистісних відносин. Процеси уяви конституують Я-актуальне і Я-ідеальне. Переважно на основі процесів уяви формується образ Я-проспективного, функція якого полягає в проєктуванні власного життя.

Ціннісно-смісловне наповнення особистісного самоставлення акцентується багатьма авторами і розглядається як індикатор процесу самореалізації, задоволення потреби в сенсі життя (В. Франкл). С. Р. Пантілеев (1991) і Е. Т. Соколова (1989) об'єднують розвиток окремих компонентів системи самоставлення зі ступенем задоволення провідних потреб і мотивів.

Відповідно до поглядів А.В. Петровського щодо проблеми самоставлення як побудови за принципом ієрархії, яка носить динамічний характер, та чи та модальність емоційного ставлення може бути в якості ядерної структури, фактично визначаючи зміст і витриманість узагальненого сталого самоставлення. Зміст ядерної структури обумовлюється соціальною ситуацією розвитку, яка впливає на збіг провідних діяльностей і мотивів. Співвідношення і ступінь значущості компонентів самоставлення залежать від ієрархії діяльностей, в яких самореалізується людина.

У роботах І. І. Чеснокова самоотношение є видом емоційних переживань різного рівня усвідомленості, ставлення до того, що вона виявляє щодо себе самої. Розвиток емоційно-ціннісного самоставлення так само, як і самопізнання, підпорядковується завданню організації єдності особистості, об'єднання її психічного світу [58].

Беручи до уваги вище зазначені точки зору, можна зробити висновок про те, що самоставлення володіє складною будовою, яке розкривається в контексті реальних життєвих відносин суб'єкта і мотивів його діяльностей, пов'язані з самореалізацією особистості суб'єкта. Компоненти самоставлення,

являють собою єдину систему, з різноманіттям їх взаємозв'язків, характер яких в комплексі відображає цілісну картину самоствавлення.

Самоствавлення кожної людини характеризується індивідуальною специфікою, яка виявляє себе в стилі його захисту. Оформлення поняття «стиль захисту самоствавлення» в психологічній науці належить Е. Т. Соколовій. Він визначається як відносно постійна на тривалих часових відрізках індивідуальна система внутрішніх і зовнішніх «психотехнічних» дій, які націлені на «зняття» конфлікту в сфері самосвідомості з метою забезпечення часткового або повного збереження позитивної установки на адресу «Я».

Як смислове утворення, захисний механізм самоствавлення втягує особистість в цілому і виявляє безпосередній зв'язок з різними сторонами її життя. У літературі представлені спроби опису взаємозв'язку захисту самоствавлення особистості та її мотиваційно ціннісної сфери. Розвиток негативного ставлення до себе розглядається як реакція на фрустрацію життєво важливих мотивів. До одних з механізмів відносять «переоцінку цінностей», через яку вдається зберегти позитивне ставлення до себе. В даному випадку свої негативні особистісні якості людина заперечує.

Можна виділити три аспекти захисту самоствавлення особистості: на рівні аутокомунікації, організації структурних компонентів і спрямованості соціальної активності [53].

Одним з найважливіших аспектів захисного механізму самоствавлення є аутокомунікації. На мікроструктурному рівні самоствавлення розглядають як специфічна активність суб'єкта на адресу свого «Я», що складається в певних внутрішніх діях (і установках на ці дії), що характеризуються як предметним змістом самої дії, так і емоційною специфікою.

Внутрішній діалог, який реалізує захисну функцію самоствавлення, має складну структуру, в основі якої лежать три найбільш важливі його характеристики: критика-захист, домінування-підпорядкування і враждебність-дружність. Мікроструктурний аналіз процесуального аспекту самоствавлення

суб'єкта при цьому звернений до внутрішнього діалогу, а макроструктурний — до вивчення ставлення особистості до себе, як до результату осмислення себе в якості суб'єкта тих чи інших життєвих відносин.

Досягнення позитивного самоствавлення може реалізовуватися і через видозміну, трансформацію самосприйняття: «розщеплення» самосвідомості та виділення двох порівняно незалежних його утворень, які вбирають в себе діаметрально протилежні характеристики Я-образу, що порушує його внутрішню єдність і цілісність, інтегрованість і самоідентичність.

До них зараховую: самоприкрашання «Я», захисні механізми витіснення негативних якостей «Я», часткова дискредитацію «Я», атрибуція слабкості або поганості «не-Я», перебільшення потентності «не-Я».

Найбільш простим способом захисту є дискредитація іншого заради зниження або виправдання недосконалості «Я». Чим гірше «не-Я», тим краще «Я». Перебільшена непривабливість або інвалідизації «не-Я» знижує інтенсивність негативних почуттів на свою адресу.

Дискредитація «не-Я», ставлення до іншої людини з антипатією і неповагою може досягатися також завдяки приписуванні собі високої моральності, чуйності, заперечення наявності у себе «поганих» рис. За цього антиподу взагалі відмовляється в будь-якої привабливості і повазі. Це дозволяє підвищити загальний рівень самоствавлення, не вдаючись до перебудови життєвого стилю та не докладаючи зусиль для подолання самонеєфективності, блокуючи тим самим для особистості перспективи самозміни і подолання її дезадаптивних особливостей [53].

Підвищення самоствавлення може здійснюватися за рахунок активної самоподачі і самоприкрашання, виключення з Я-образу тих рис, які можуть викликати навіть тінь самонепривабливості. Переживання нереалізованого «Я» завдяки здійсненню такої стратегії захистів, в кінцевому рахунку, переноситься у поза, тобто на інших людей.

Згідно з В. В. Століним, захисні механізми самоставлення тісним чином пов'язані з характером взаємодії його структурних компонентів [53]. Захисні можливості відносин особистості до себе закладені вже в його власній будові.

Відповідно до думки В. Ф. Сафіна, який розглядав захисні механізми самооцінки через заниження рівня оцінки навколишніх до рівня власної самооцінки. Зведення самооцінки до відносно константного рівня (Я не краще, але і не гірше за інших) передбачає порівняння себе з узагальненим іншим. Збереження спільної позитивного рівня самооцінки можливо через поєднання неадекватно високої і адекватно низької самооцінки за відношенням до різних аспектів «Я», «необґрунтованого» переносу або генералізації високого і адекватного рівня самооцінки результатів однієї діяльності на результати іншого, підйом рівня оцінки себе в значущих областях і зниження в менш значущих.

Аналізуючи все вище зазначена щодо захисних механізмів самоставлення, можна зробити наступний висновок. Захисні механізми підтримують на стійкому позитивному рівні структуру самоставлення. Спрямовані на подолання виниклої загрози, що склалася за відношенням до себе, вони призводять до спотворення або ігнорування наявного досвіду, сприяють заперечення «істинних» відчуттів і бажань, активізують емоційні бар'єри в спілкуванні. Такі способи захисту призводять до збільшення неадекватності сприйняття людиною того, що з нею відбувається, до її «неконгруентності», і до невротизації.

З огляду на складність і багатогранність досліджуваної нами проблеми, вміщення в її виникнення факторів, що відносяться до різних рівнів функціонування (біологічний, психологічний, соціальний) — необхідний інтеграційний комплексний підхід до вивчення проблеми відсутності оргазму. Найбільш ефективним ми вважаємо комплексний підхід до розгляду цієї проблеми, який об'єднує в собі: сексологічний, психологічний і психофізіологічний аспекти. Такою ідеєю служить розгляд сексуальної

поведінки з точки зору теорії психічних станів, де психічний стан – цілісна характеристика психічної діяльності.

У нашому дослідженні виходимо з поняття психічного стану, бо тільки воно, на наш погляд, найбільш повно (інтегрально) відображає всі фізіологічні, психофізіологічні, особистісно-суб'єктивні й інтерперсональні (міжособистісні) реакції жінки.

Поняття «психічний стан» розроблялося в працях Н. Д. Левитова [34]. У понятті «психічний стан» він розумів цілісну характеристику психічної діяльності за певний період часу, в якій знаходить відображення своєрідність протікання психічних процесів.

Психічні стани тісно пов'язані з індивідуальними особливостями особистості.

Оскільки стан — явище багатовимірне, то будь-який стан може бути описано широким спектром параметрів. Куликов Л.В. [29]

Стосовно до мети нашого дослідження, то ми будемо розглядати психічний стан жінки та фактори, що визначають його виникнення, яке призводить до порушень в реалізації сексуальної поведінки. Ця специфічна поведінка має свою мотивацію (сенс): відреагування досить енергійного і напруженого психічного стану через розрядку в оргазмі. За його наявності або відсутності ми будимо судити про ефективність чи неефективність сексуальної поведінки.

Сексуальна поведінка (копулятивний цикл) в нашому дослідженні буде розглядатися як процес, що полягає в низці змінних один одного психічних станів в рамках однієї функціональної системи статевої поведінки, в якій психічна стадія копулятивного циклу є в якості «пускового механізму». Отже, її благополучне протікання і оптимум психічного стану, запускають всю подальшу програму і, в кінцевому підсумку, призводять до оргазму і дезактуалізації всієї функціональної системи сексуальної поведінки. Вона ж є найбільш вразливою в плані психогенних впливів. Найчастіше у жінок «збій» всієї функціональної системи відбувається саме на цій стадії [50]. Цей «збій»,

тобто затримка в розгортанні психічної (і, отже, інших) стадії копулятивного циклу, відбувається внаслідок формування психічного стану, що не досягає оптимального для подолання порогу, що необхідно для настання сенсорної стадії.

РОЗДІЛ 2.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ СФЕРИ ЖІНОХ ТА ЇХ САМОСТАВЛЕННЯ

2.1. Характеристика вибірки та обґрунтування методів емпіричного дослідження

«Методика дослідження самоствавлення» С.Р. Пантелєєв [42, 43, 53] досліджує сферу самоствавлення особистості, що включає різні (когнітивні, динамічні, інтегральні) аспекти. Можна відзначити хороші результати в рамках індивідуального консультування, оскільки дана методика дозволяє виявити внутрішньоособистісні конфлікти.

Опитувальник містить такі шкали:

1. «Внутрішня чесність» (відкритість) — низькі значення шкали говорять про глибоку усвідомленість Я, підвищену рефлексивність і критичність, здатність не приховувати від себе та інших навіть неприємну інформацію, незважаючи на її значущість. Високі значення шкали говорять про закритість, нездатність або небажання усвідомлювати і видавати значущу інформацію про себе.
2. «Самовпевненість» — позитивний плюс шкали відповідає високій зарозумілості, самовпевненості, відсутності внутрішньої напруженості.
3. «Самокерівництво» — високий бал за шкалою свідчить, що людина виразно переживає власне «Я», як внутрішній стрижень, що інтегрує та організує його особистість та життєдіяльність, вважає, що його доля перебуває у його власних руках; відчуває обґрунтованість та послідовність своїх внутрішніх спонукань та цілей.
4. «Дзеркальне Я» — високі значення шкали відповідають уявленню суб'єкта про те, що його особистість, характер і діяльність здатні

викликати в інших повагу, симпатію, схвалення та розуміння, з низькими значеннями пов'язане очікування протилежних почуттів щодо себе від іншого.

5. «Самоцінність» — високі оцінки за шкалою відображають зацікавленість у власному Я, любов до себе, відчуття цінності власної особистості та одночасно передбачувану цінність свого Я для інших. Шкала відображає емоційну оцінку себе, свого Я за внутрішніми інтимними критеріями любові, духовності, багатства внутрішнього світу.

6. «Самоприйняття» — високий полюс відповідає дружньому ставленню до себе, злагоді з самим собою, схваленню своїх планів і бажань, емоційному, безумовному прийняттю себе таким, який є, хай навіть із деякими недоліками.

Низький полюс свідчить про відсутність перерахованих якостей – недолік самоприйняття, що є важливим симптомом внутрішньої дезадаптації.

7. «Самоприв'язаність» — високі значення шкали говорять про ригідність Я-концепції, прихильність, небажання змінюватися на тлі загального позитивного ставлення до себе. Дані переживання часто супроводжуються прихильністю до неадекватного Я-образу.

8. «Внутрішня конфліктність» — високі значення за цією шкалою свідчать про наявність внутрішніх конфліктів, сумнівів, незгоди з собою, тривожно-депресивних станів, що супроводжуються переживанням почуття провини.

9.«Самозвинувачення» — високі значення говорять про самозвинувачення, готовність поставити собі у провину свої промахи та невдачі, власні недоліки, є індикатором відсутності симпатії, що супроводжується негативними емоціями на свою адресу навіть, незважаючи на високу самооцінку власних якостей.

Опитувальник представлений 110 твердженнями.

Підраховані відповіді, вносяться в колонку результатів "бал" на бланку відповідей. Отримані "сирі" бали за спеціальною шкалою переводять у стандартні оцінки "стени" і заносяться в колонку "стени". Психологічною нормою є стени від 3 до 7.

Надійність і валідність опитувальника, які зазначає автор С.Р. Пантелєєв – досить високі

Для дослідження сексуальної сфери респондентів було використано методику: «*Опитувальник установок до сексу*» Г. Айзенк [5] Цей опитувальник орієнтований на прогноз задоволеності сексуальним життям, виявлення відхилень у сексуальній поведінці, діагностику фемінності-маскулінності.

Опитувальник містить такі шкали:

1. «Дозволеність» — Високий бал за цією шкалою означає, що ви маєте цілком сучасне, передове, легке ставлення до сексу, рішуче виступаючи проти релігійних, та інших старомодних уявлень про «правильне» і «належне» у цій сфері людських відносин.
2. «Реалізованість» — високий бал означає високий рівень реалізованості, низький – повну нереалізованість.
3. «Сексуальна невротичність» — люди, які отримали високі оцінки за цією шкалою, зазвичай мають проблеми зі своїм сексуальним життям; їм складно контролювати або придушувати свої імпульси, вони легко приходять в сум'яття або засмучуються через свої власні думки або вчинки.
4. «Знеособлений секс» — 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 та темпераменту і не намагаючись увійти з партнером у який-небудь значимий особистісний зв'язок.

5. «Порнографія» — високий бал за даною шкалою вказує на схвалення порнографії (або принаймні на значну терпимість до неї), тоді як низький бал означає несхвалення та нетерпимість до порнографії.
6. «Сексуальна сором'язливість» — високі бали означають сильне небажання брати участь у сексуальних відносинах, тоді як низький бал вказує на більш нормальну реакцію.
7. «Цнотливість» — люди з високими балами, як правило, утримуються навіть від найменших проявів сексуальної пристрасті, не люблять думати на цю тему, та й взагалі кохатися.
8. «Огида до сексу» — люди, які набрали високі бали, з огидою реагують на деякі види сексу, навіть кохаючись зі своїм постійним партнером, а часом буквально змушують себе займатися цією справою.
9. «Сексуальна збудливість» — деяким людям, щоб увійти у стан сексуального збудження, необхідний цілий ряд певних умов; такі люди наберуть низький бал за даною шкалою.
10. «Фізичний секс» — високий бал означає, що секс ставиться найвище та самому статевому акту приділяють особливу увагу за рахунок інших сторін любовних відносин.
11. «Агресивний секс» — люди, які набрали високі бали за цією шкалою більш схильні до ворожості та агресивних імпульсів по відношенню до своїх сексуальних партнерів.
12. «Сексуальний потяг» — пропонована шкала «сексуального лібідо» намагається виміряти силу сексуального потягу тестованого.
13. «Сексуальна задоволеність» — задоволеність людини своїм сексуальним життям не залежить від його сексуального апетиту. Люди можуть вести цілком задовільне, на їх думку, сексуальне життя, зовсім не напружуючись щодо того, щоб активно, енергійно кохатися; з іншого боку, їх сексуальне життя може бути цілком задовільним і тоді, коли такі

активні, енергійні та часті заняття любов'ю стають основною, якщо не єдиною метою життя.

14. «Маскулінності– фемінінності» — розуміється «фемінінність»: чоловіки чи жінки, які набрали низький бал, у питаннях сексуальної поведінки вважають кращим більше погоджуватися з жінками, ніж із чоловіками.

«Клінічний опитувальник виявлення та оцінки невротичних станів» К.К. Яхін, Д.М. Менделевич [5] застосовується виявлення та оцінки невротичних станів. У опитувальнику пропонується 68 питань, відповідаючи на які обстежуваний має оцінити свій поточний стан за п'ятибальною системою.

Діагностичні шкали:

Шкала тривоги.

Шкала невротичної депресії.

Шкала астенії.

Шкала істеричного реагування.

Шкала obsесивно-фобічних порушень.

Шкала вегетативних розладів.

Інтерпретація результатів

Підсумовують діагностичні коефіцієнти за шістьма шкалами і вибудовують графік. Показники:

більше +1,28 – вказує на рівень здоров'я,

менше -1,28 - хворобливий характер розладів, що виявляються.

Статистичний аналіз отриманих даних проводився за допомогою таких методів математичної статистики:

коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s). У статистиці коефіцієнт кореляції є непараметричною мірою статистичної залежності між двома змінними. Він оцінює наскільки гарно можна описати відношення між двома змінними за допомогою монотонної функції. Якщо немає повторних значень

даних, то коефіцієнт Спірмена дорівнює 1 або -1 , це відбувається коли кожна зміна є монотонною функцією від іншої зміної. За допомогою даного методу, ми змогли перевірити узгодженість методик нашого дослідження, перевірити наше припущення про взаємозв'язок професійної компетентності та життєвої успішності, а також визначити, який фактор особистісної самореалізації має найбільше кореляційне навантаження, що може бути використано для визначення напрямку розробки розвивальної програми;

U-критерій Манна-Уїтні – непараметричний статистичний критерій, що використовується для оцінки різниці між двома вибірками за рівнем будь-якої ознаки, вимірної якійсно. Дозволяє виявити відмінності в значенні параметра між малими вибірками. За допомогою даного статистичного методу ми змогли порівнювати підгрупи досліджуваних, виділені за критеріями «стать», «посада», «має / не має ліцензування чи сертифікації»;

кластерний аналіз – для знаходження підгруп схожих об'єктів у вибірці, а саме, для виділення респондентів у підгрупи відповідно до схожості їх показників професійної компетентності та життєвої успішності.

2.2 Результати емпіричного психологічного дослідження взаємозв'язків сфери жіночої сексуальності та самоствавлення

У розділі здійснений аналіз та інтерпретація результатів емпіричного психологічного дослідження. Визначені психологічні аспекти становлення сексуальності жінок, які відчують та не відчують оргазм, їх самоствавлення. Здійснено порівняння результатів показників самоствавлення, установок до сексу та оцінки невротичних станів жінок. Перевірено гіпотезу відносно результатів психодіагностичних методик та кореляційного аналізу, описані висновки.

На основі психодіагностичної методики «Методика дослідження самоствавлення» С.Р. Пантелєєва були отримані результати показників дев'яти характерологічних шкал.

За допомогою методики «Опитувальник установок до сексу» Г. Айзенка статистичний аналіз окремих складових (шкал) установок до сексу показав, що існує достовірна ($p=0,00000001$, за критерієм Манна-Уїтні) різниця у реалізованості жінок, що мають скарги на проблеми сексуального життя, та такі, що таких скарг не мають (див. Рис. 2.2.1).

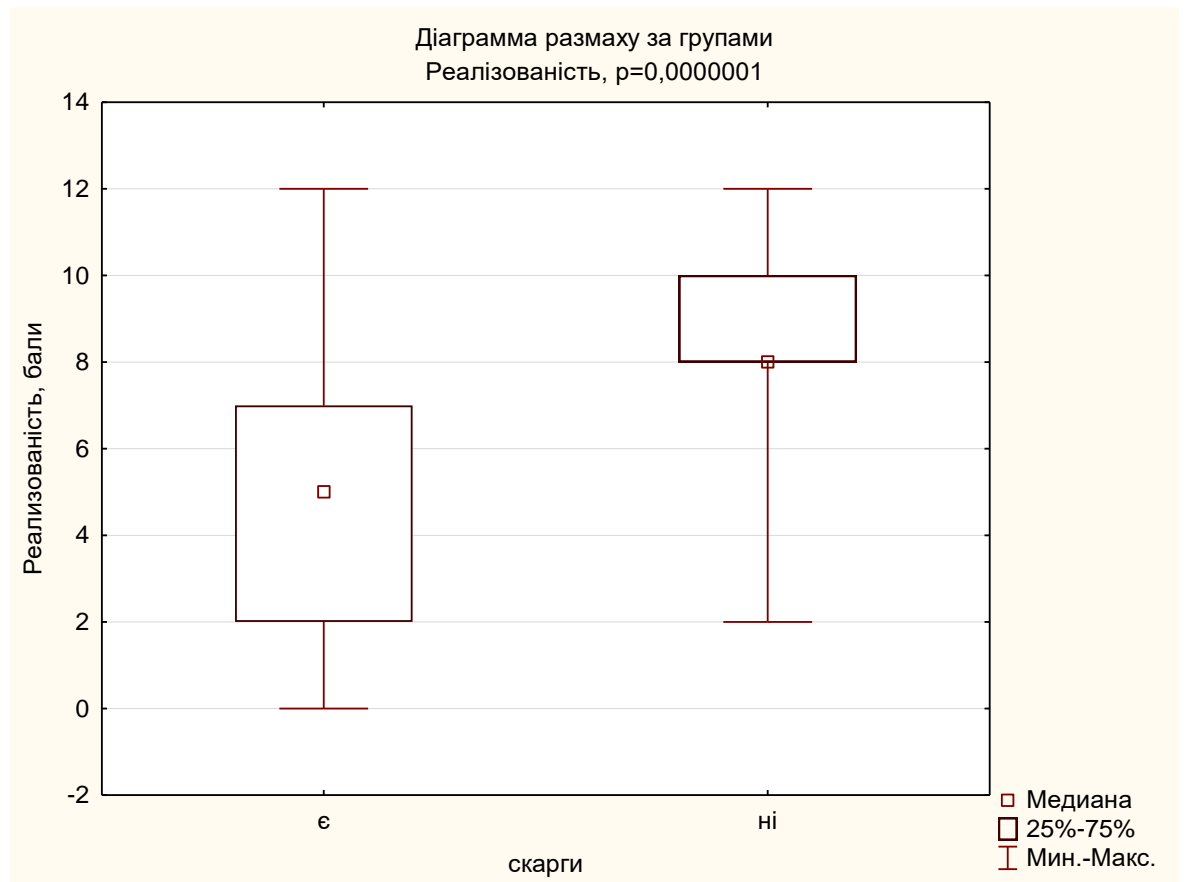


Рис. 2.2.1. Порівняння показників реалізованості як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які мають ($n=30$) та не мають скарг ($n=30$) на проблеми у сексуальному житті

Відмінності у сексуальній реалізованості у жінок, що не відчують оргазм під час статевого акту, та тих що відчують, свідчать про те, що жінки другої групи більш задоволені своїм сексуальним життям, що є для більшості людей надзвичайно привабливим станом. Жінки першої групи більш розчаровані цією областю стосунків. Звичайно, причин тому може бути чимало, і щоб виявити специфічні для даної людини фактори, потрібен 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.

Так само, у цих груп жінок достовірно($p=0,000000001$) відрізняються показники сексуальної невротичності (див. Рис. 2.2.2).

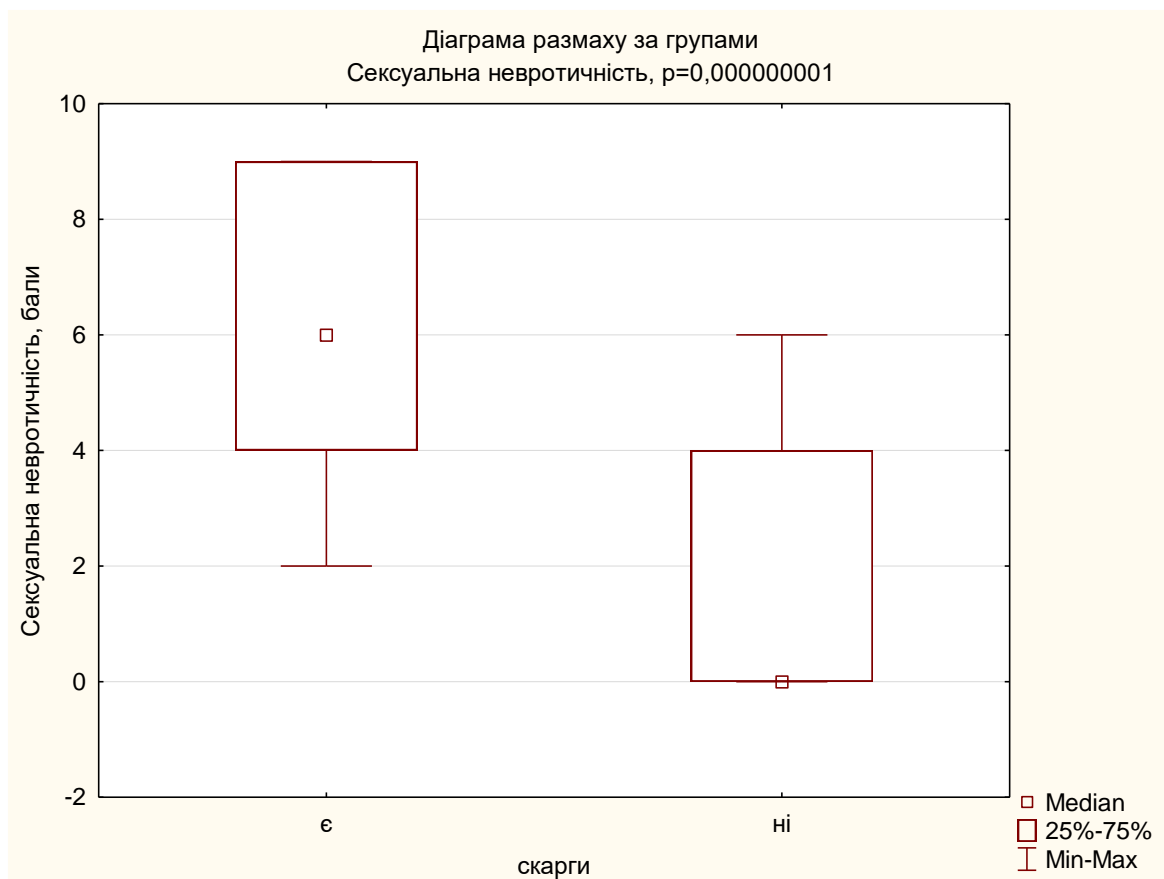


Рис. 2.2.2. Порівняння показників сексуальної невротичності як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які мають (n=30) та не мають скарг (n=30) на проблеми у сексуальному житті

Бачимо, що показники сексуальної невротичності вище у жінок, які не відчують оргазм під час коїтусу, це може означати, що їх незадоволеність, розчарування у своєму сексуальному житті часто призводять до невротичних сексуальних реакцій. Жінки цієї групи зазвичай мають проблеми зі своїм сексуальним життям; їм складно контролювати або придушувати свої імпульси, вони легко приходять в сум'яття або засмучуються через свої власні думки або вчинки. Ці люди постійно стурбовані якимись проблемами, пов'язаними з сексом, і тим самим роблять собі лише гірше. Натомість, жінки

що не мають скарг на сексуальне життя не мають таких проблем в своїй більшості.

Між двома категоріями жінок, які отримують та не отримують оргазм є достовірна ($p=0,0000001$, за критерієм Манна-Уїтні) різниця в показниках за шкалою «Сексуальна сором'язливість» (див. Рис. 2.2.3).

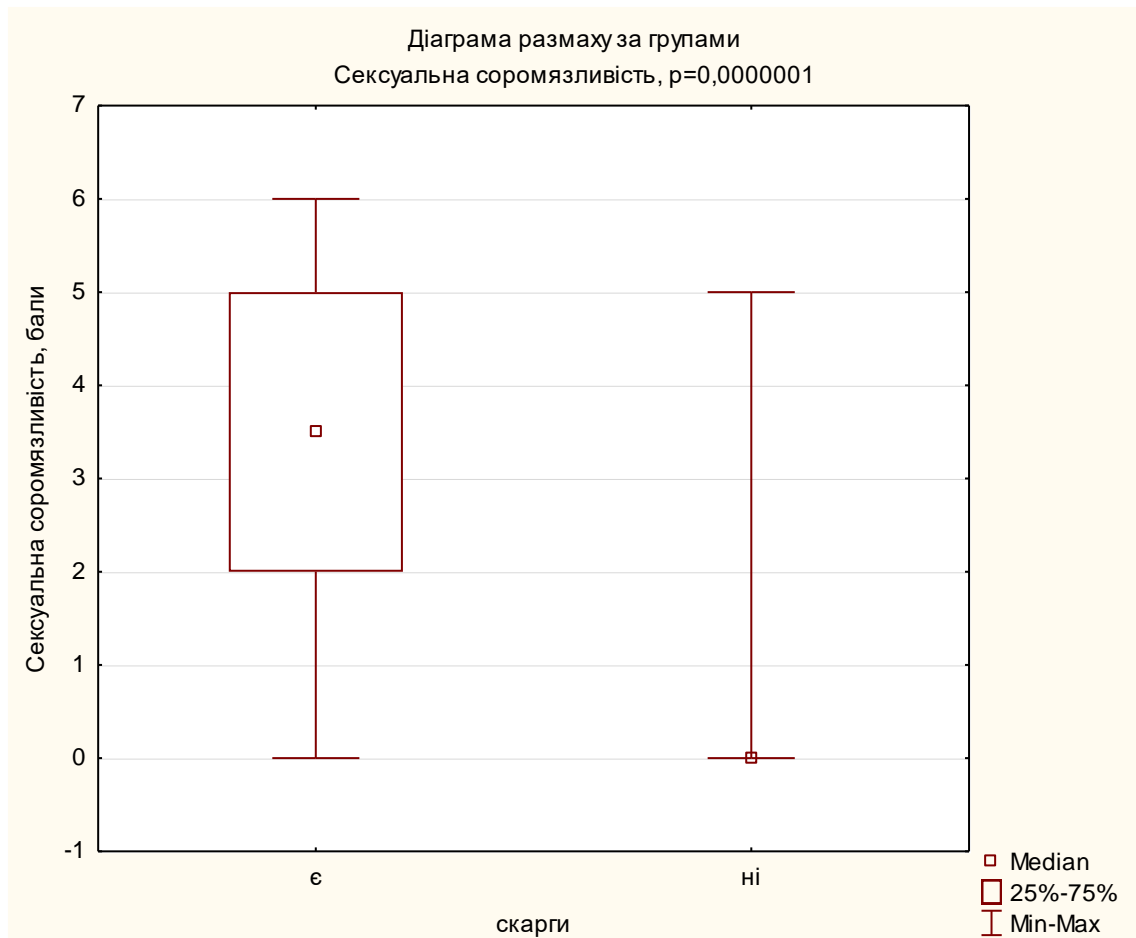


Рис. 2.2.3. Порівняння показників сексуальної сором'язливості як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які мають (n=30) та не мають скарг (n=30) на проблеми у сексуальному житті

Це цілком закономірно, адже жінки, які мають скарги на сексуальне життя почуваються вкрай нервово у відносинах із протилежною статтю, їх дуже бентежать розмови про секс, а часом вони просто бояться сексуальних стосунків. Високі бали означають сильне небажання брати участь у сексуальних відносинах. Тоді як показники жінок, що отримують оргазм під час статевого акту вказують на більш нормальну реакцію.

Статистичний аналіз даних показав, що загальний показник ставлення до цнотливості достовірно ($p=0,008$) вищий у жінок, що мають скарги на сексуальне життя, ніж в тих що не мають. (див. Рис. 2.2.4).

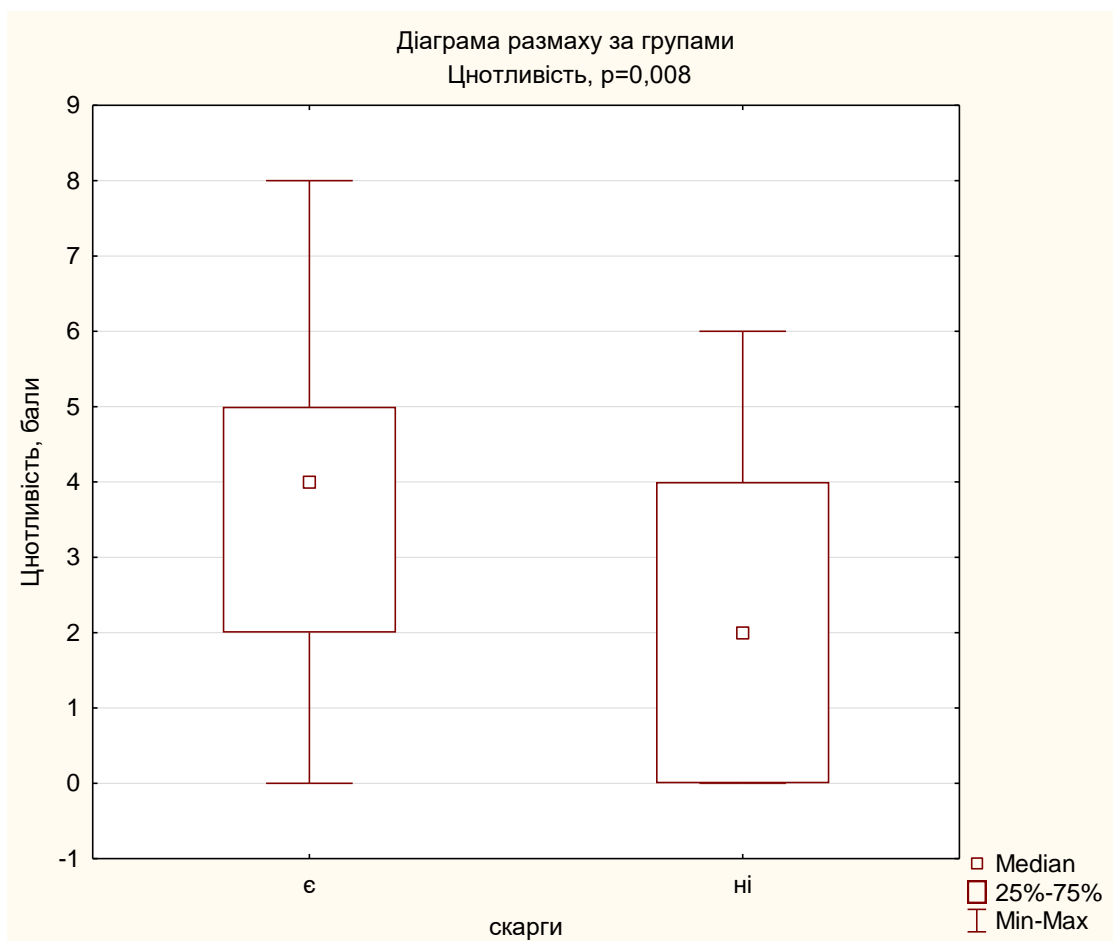


Рис. 2.2.4. Порівняння показників цнотливості як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які мають ($n=30$) та не мають скарг ($n=30$) на проблеми у сексуальному житті

Люди з високими балами, як правило, утримуються навіть від найменших 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.

Також виявлено статистично достовірну ($p=0,02$) різницю за показником орієнтування до фізичного сексу, тобто, активне прагнення реального статевого контакту (див. Рис. 2.2.5).

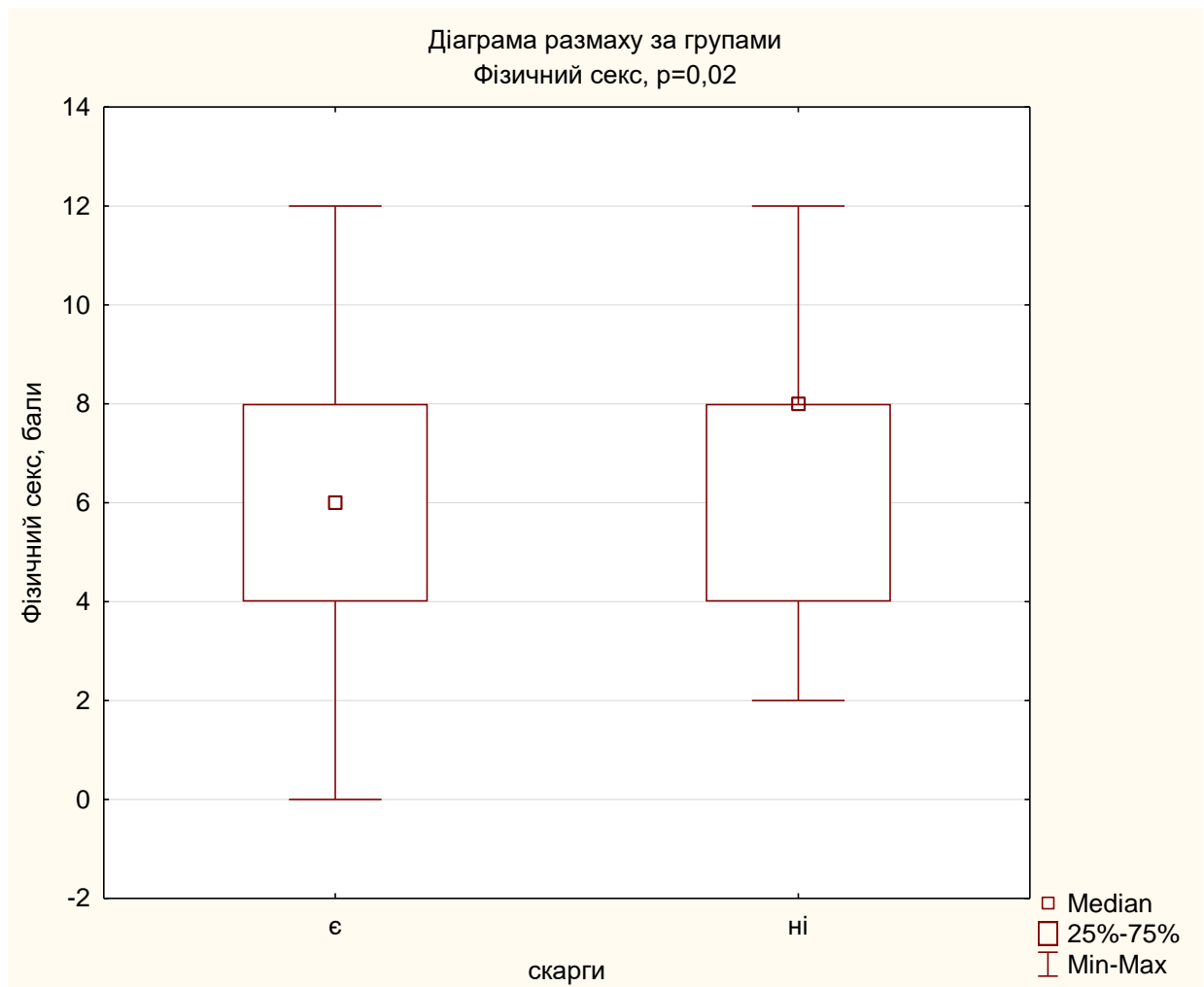


Рис. 2.2.5. Порівняння показників фізичного сексу як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які мають (n=30) та не мають скарг (n=30) на проблеми у сексуальному житті

Є невеликі відмінності, які вказують на те, що для жінок, які отримують оргазм, важливіше опинитися у ліжку зі своїм партнером; вони цінують це вище, ніж жінки, які не отримують оргазм. Проте, різниця невелика.

Рівень показників «сексуальної задоволеності» також достовірно ($p=0,00001$, за критерієм Манна-Уїтні) відрізняється. (див. Рис. 2.2.6).

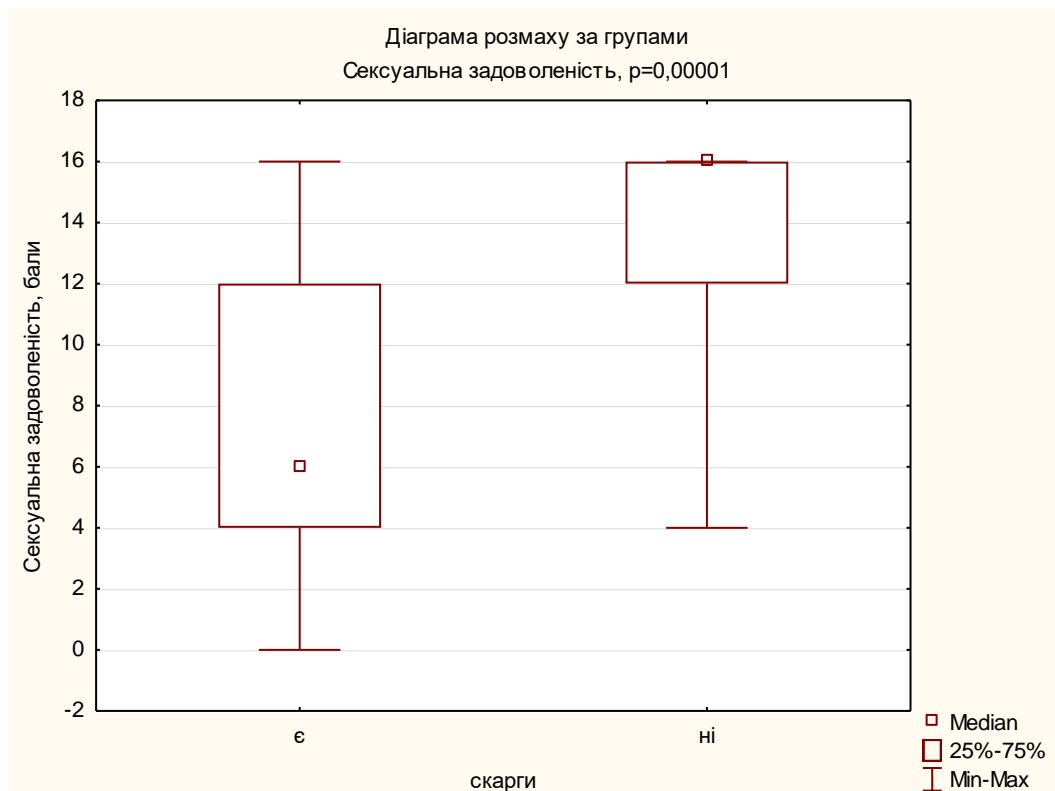


Рис. 2.2.6. Порівняння показників сексуальної задоволеності як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які мають (n=30) та не мають скарг (n=30) на проблеми у сексуальному житті

Тут бачимо цікавий феномен, адже жінки, які не відчують оргазм під час сексу мають вищі показники сексуальної задоволеності, ніж інша група. Це може бути пов'язаним з тим, що задоволеність людини своїм сексуальним життям зовсім не залежить від його сексуального апетиту. Люди можуть вести цілком задовільне, на їхню думку, сексуальне життя, зовсім не напружуючись щодо того, щоб активно, енергійно та часто кохатися; з іншого боку, їхнє сексуальне життя може бути цілком задовільним і тоді, коли такі активні, енергійні та часті заняття любов'ю стають основною, якщо не єдиною метою життя.

Нами вивчався рівень оцінки невротичних станів за допомогою «Клінічного опитувальника виявлення та оцінки невротичних станів» К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича. Психодіагностичні вимірювання засвідчили, що

серед опитуваних є жінки, результати яких вказують на хворобливий характер розладів, та їм потрібно звернутися до відповідних спеціалістів. Серед групи жінок, які не отримують оргазм їх більше. Проте, показники більшості жінок вказують на рівень здоров'я.

Статистичний аналіз окремих складових (шкал) у тому вигляді, як їх визначають К.К. Яхін та Д.М. Менделевич, показав, що існує достовірна ($p=0,000001$, за критерієм Манна-Уїтні) різниця у проявах тривоги у груп жінок, які отримують оргазм та таких, що не отримують (див. Рис. 2.2.7).

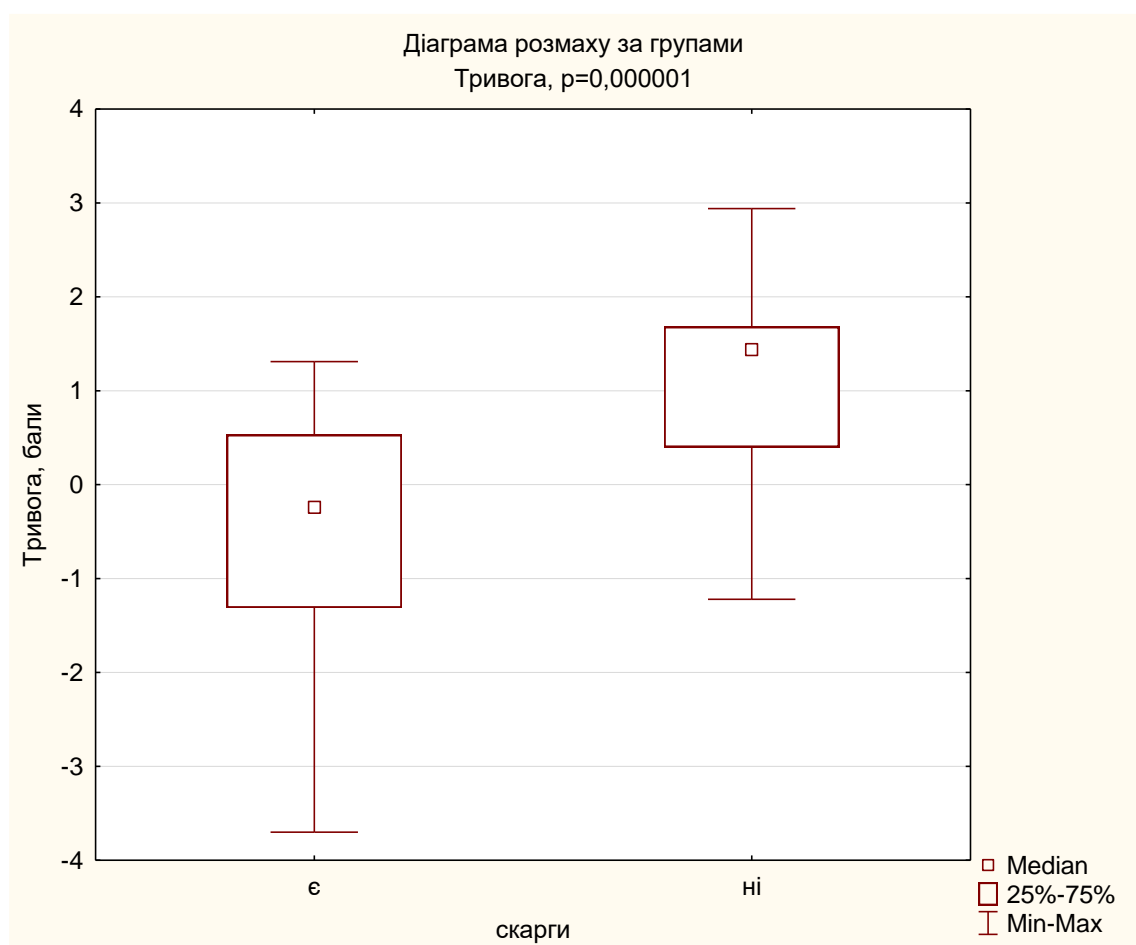


Рис. 2.2.7. Порівняння показників тривоги як невротичного стану (за методикою К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича) між групами жінок, які мають ($n=30$) та не мають скарг ($n=30$) на проблеми у сексуальному житті

Так само у цих груп жінок достовірно ($p=0,0001$) різниться показник істеричного типу реагування (див. Рис. 2.2.8).

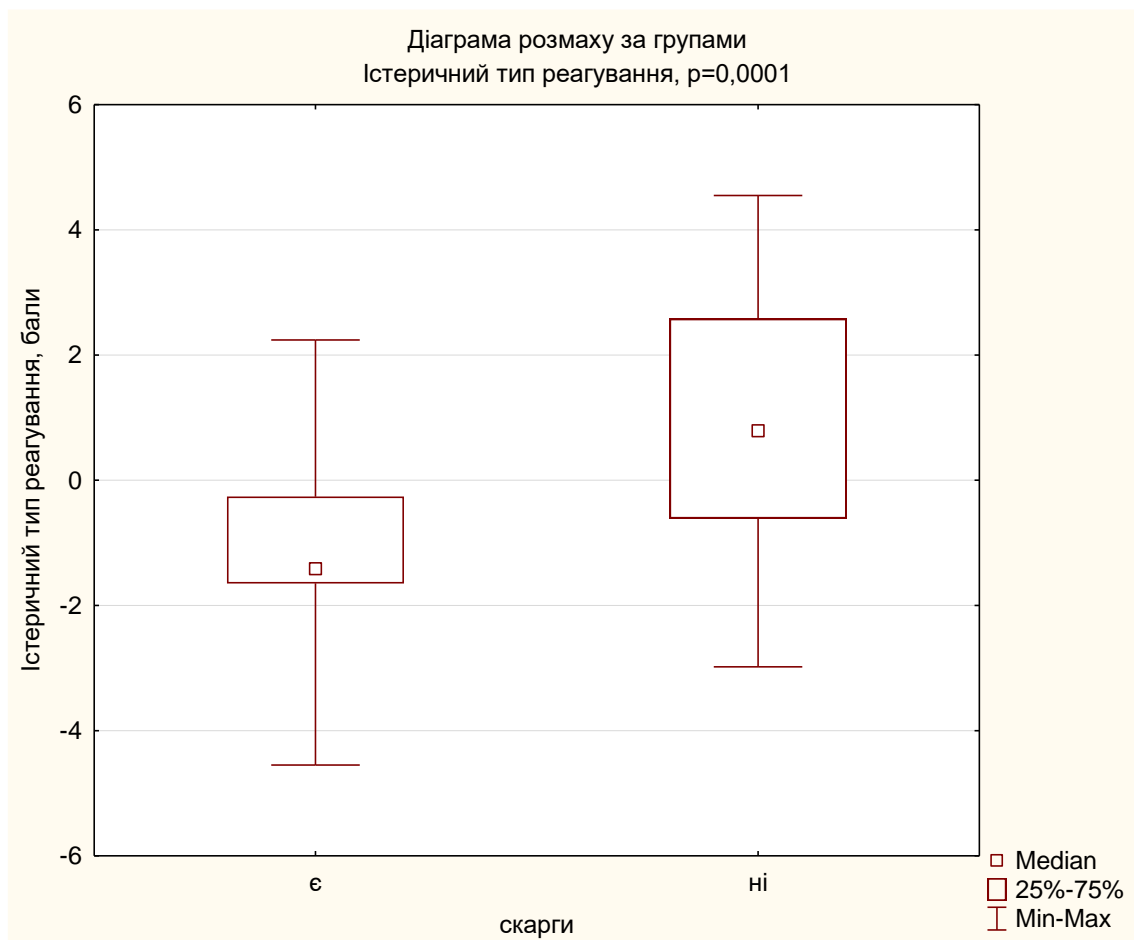


Рис. 2.2.8. Порівняння показників істеричного типу реагування як невротичного стану (за методикою К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича) між групами жінок, які мають (n=30) та не мають скарг (n=30) на проблеми у сексуальному житті

А також, достовірно ($p=0,001$) відрізняються показники вегетативних порушень (див. Рис. 2.2.9).

Такі відмінності показників свідчать про те, що жінки, які відчують оргазм є менш вразливими до невротичних станів, ніж жінки що не відчують оргазму. Це може впливати на можливість отримання психічного стану, необхідного для отримання оргазму. Наприклад, у період пестощів тривога стрімко наростає, бажання пропадає. Можливо, вираз сексуальних почуттів гальмує базисна тривожність та сексуальна вина.

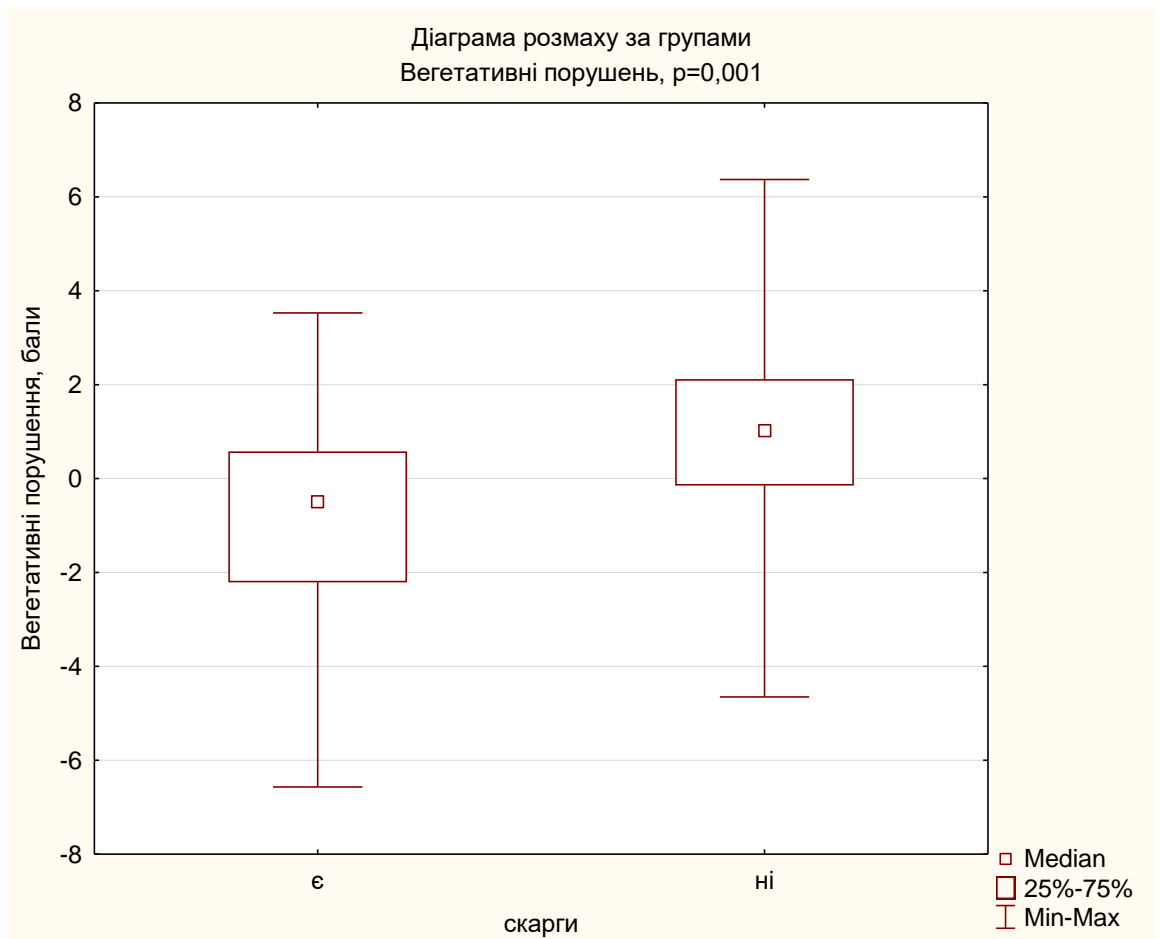


Рис. 2.2.9. Порівняння показників вегетативних порушень як невротичного стану (за методикою К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича) між групами жінок, які мають (n=30) та не мають скарг (n=30) на проблеми у сексуальному житті

Можливо, повноцінна участь жінки у статевому акті стримується несвідомою ворожістю до партнера чи всіх чоловіків взагалі. Або при істеричному типі реагування можливе виникнення внутрішнього конфлікту між коханням та сексом, який перешкоджає сексуальності жінки та не дає досягти сексуальної завершеності.

На другому етапі ми досліджували різницю між групами жінок, які відчували оргазм, ніколи не відчували оргазм, та ті що не знають, чи відчували.

За «Методикою дослідження самоставлення» С.Р. Пантелєєва був отриманий достовірний результат ($p=0,05$ за критерієм ДА Краскела-Уолліса) по шкалі «Внутрішня конфліктність» (див. Рис. 2.2.10).

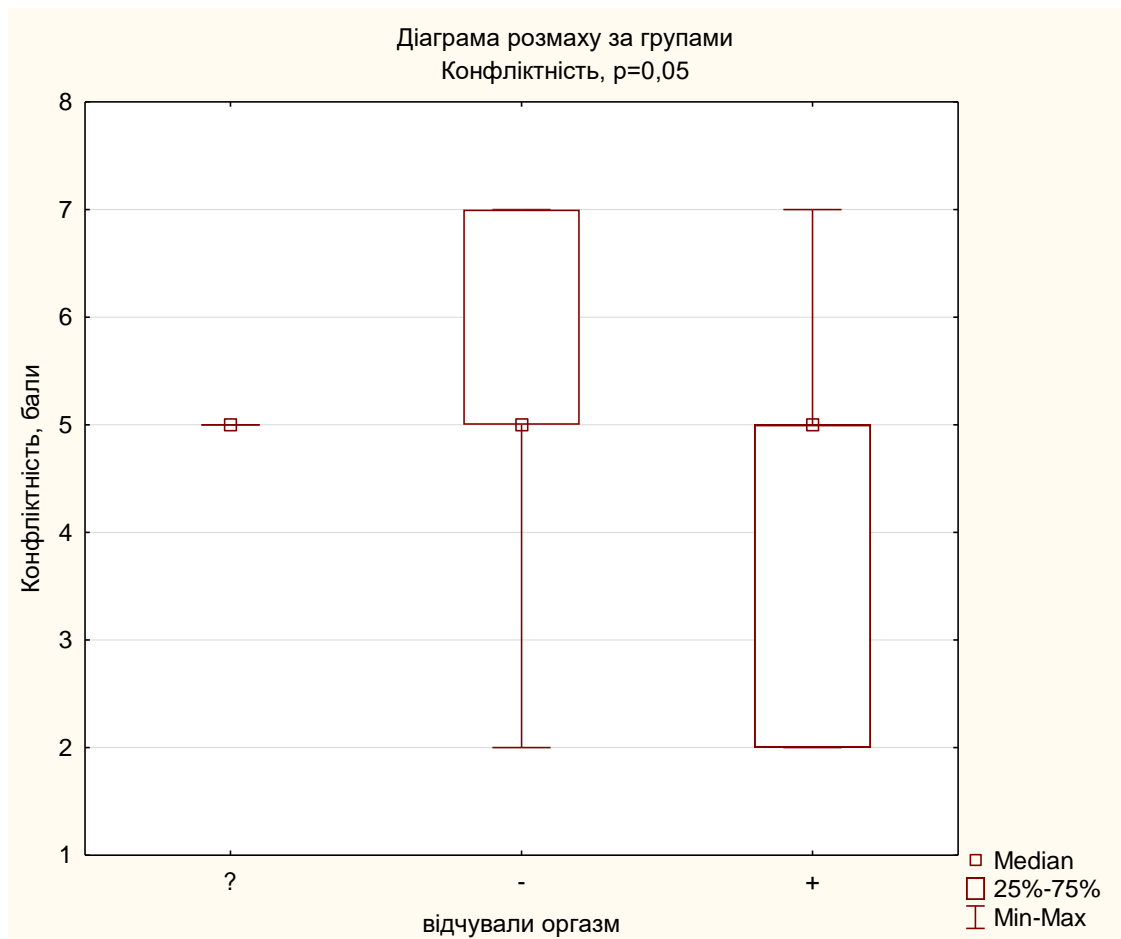


Рис. 2.2.10. Порівняння показників внутрішньої конфліктності, як умову самоставлення (С.Р. Пантелєєва) між групами жінок, які не знають, чи відчували оргазм ($n=6$), ніколи не відчували оргазм ($n=11$), та відчували оргазм ($n=43$)

Показники груп значно відрізняються, проте вони знаходяться в межах норми. Жінки, які ніколи не отримували оргазм мають вищі показники, що свідчить про наявність внутрішніх конфліктів, сумнівів, незгоди з собою. Надмірні самокопання та рефлексія протікають на загальному негативному емоційному фоні по відношенню до себе. Показники жінок, які отримували оргазм вказують на підвищену рефлексію, глибоке проникнення в себе, усвідомлення своїх труднощів, адекватний образ Я і відсутність витіснення.

За допомогою методики «Опитувальник установок до сексу» Г. Айзенка статистичний аналіз окремих складових (шкал) установок до сексу показав, що існує достовірність ($p=0,001$, за критерієм за критерієм ДА Краскела-Уолліса)

різниця у реалізованості жінок, що отримували оргазм, ніколи не отримували, та не знають, чи отримували (див. Рис. 2.2.11).

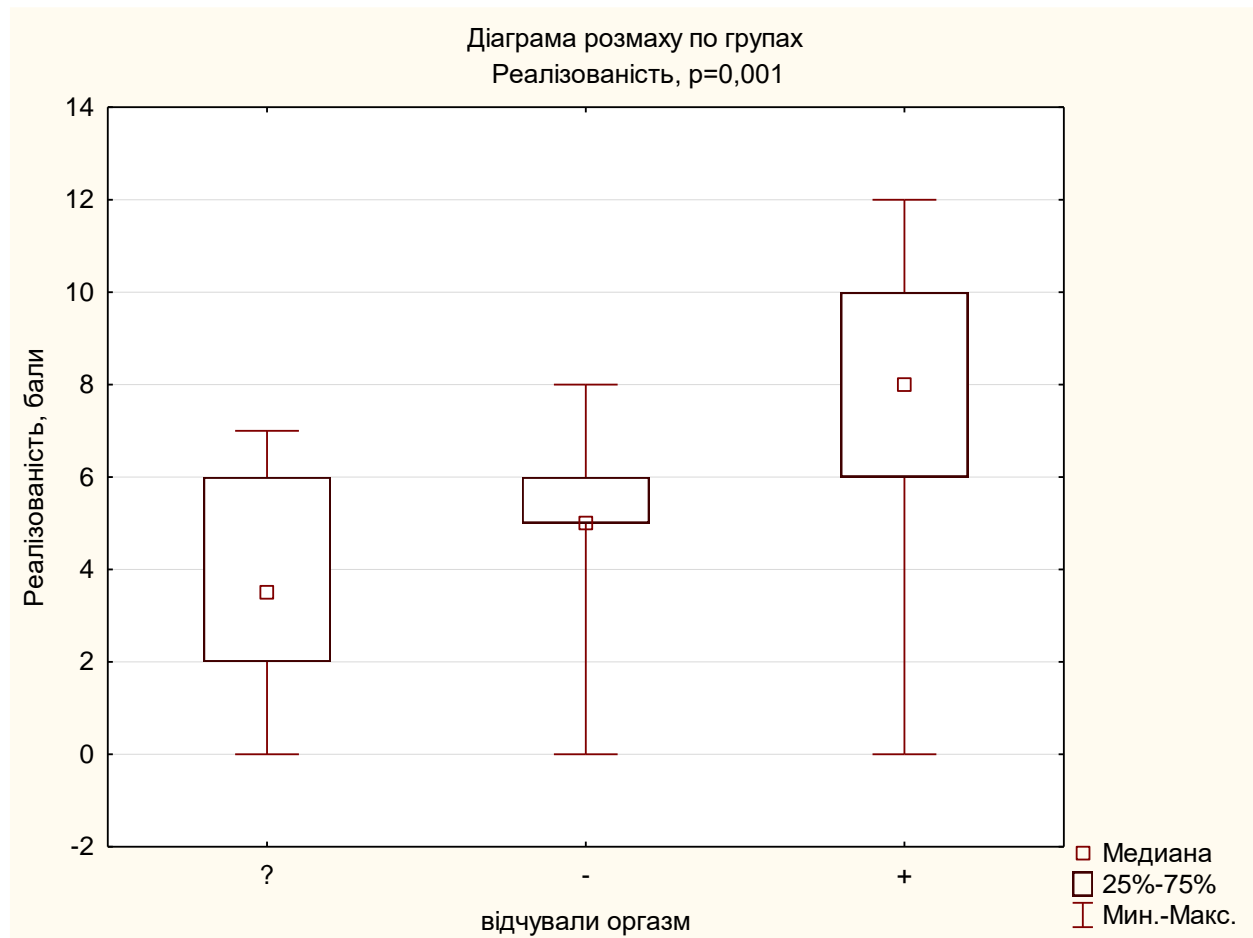


Рис. 2.2.11. Порівняння показників реалізованості як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які не знають, чи відчували оргазм (n=6), ніколи не відчували оргазм (n=11), та відчували оргазм (n=43)

Різниця між групами вказує на те, що жінки, які відчують оргазм більш задоволені своїм сексуальним життям в теперішньому часі, ніж жінки інших груп. Найбільший показник нереалізованості показує група, яка не знає чи відчувла оргазм. Це може бути пов'язаним із розчарування цією областю стосунків між статями.

У груп жінок, які мають оргазм, не знають чи мають, та не мають, достовірно($p=0,0005$) відрізняються показники «Сексуальної невротичності» (див. Рис. 2.2.12).

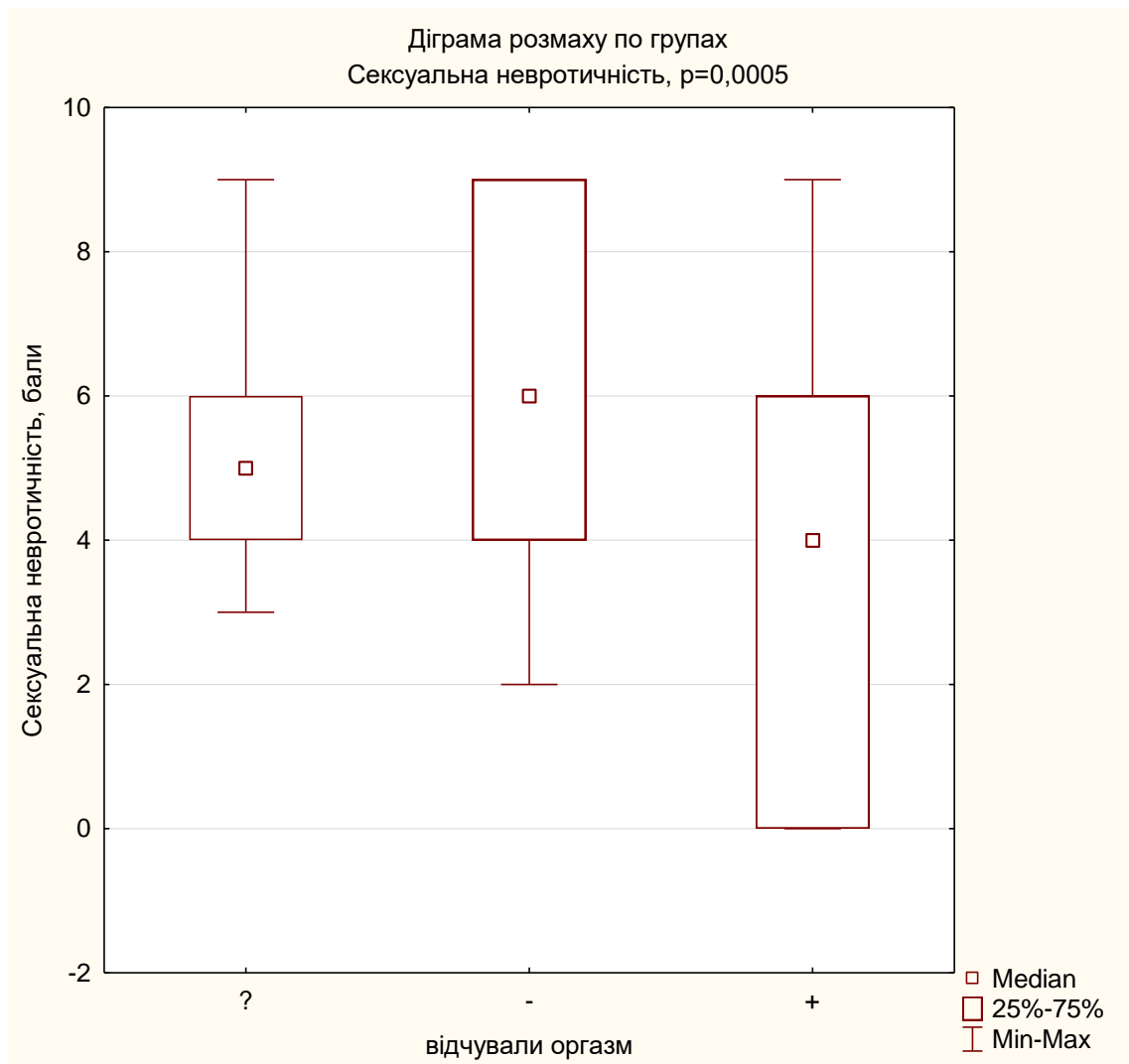


Рис. 2.2.12. Порівняння показників сексуальної невротичності як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які не знають, чи відчували оргазм ($n=6$), ніколи не відчували оргазм ($n=11$), та відчували оргазм ($n=43$)

Спостерігаємо, що найбільші проблеми зі своїм сексуальним життям мають жінки, які ніколи не отримували оргазм. Це логічно, адже така повсякденна невротичність вказує на деяку розбалансованість, або функціональні зрушення, у поведінці людини. Це і може бути фактором, який зупиняє отримання оргазму.

Наступний достовірний ($p=0,003$) результат різниці показників відображений у шкалі «Сексуальна сором'язливість» (див. Рис. 2.2.13).

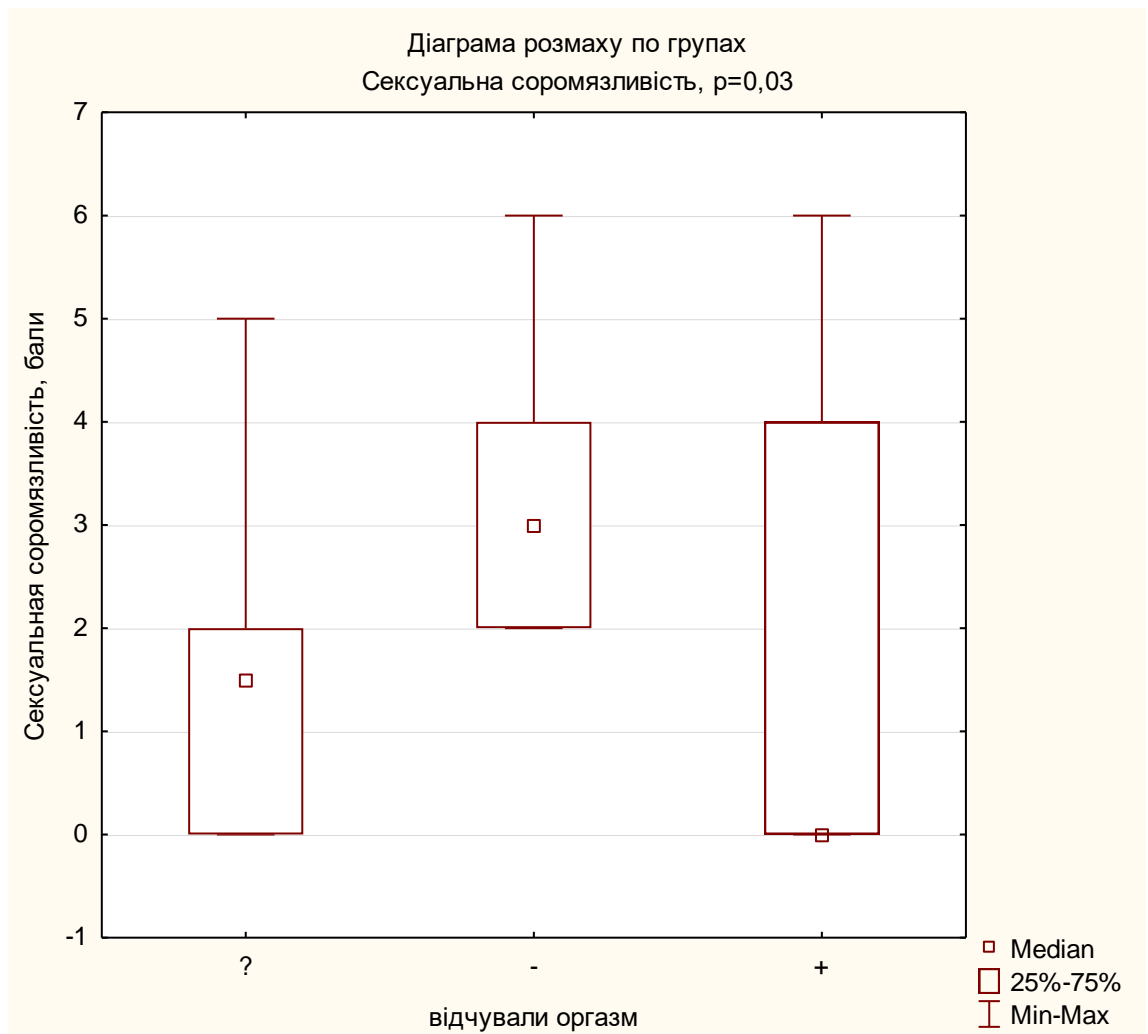


Рис. 2.2.13. Порівняння показників сексуальної сором'язливості як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які не знають, чи відчували оргазм ($n=6$), ніколи не відчували оргазм ($n=11$), та відчували оргазм ($n=43$)

У своїй більшості, жінки, які ніколи не відчували оргазм показують вищий результат за показниками, що говорить про нервовість у відносинах із протилежною статтю, їх дуже бентежать розмови про секс, а часом вони просто бояться сексуальних стосунків. Жінки, які, в свою чергу відчували оргазм, або не знають, чи відчували, мають більш нормальну реакцію.

Так само у цих груп жінок достовірно ($p=0,0001$) різниться показник «Цнотливість». (див. Рис. 2.2.14).

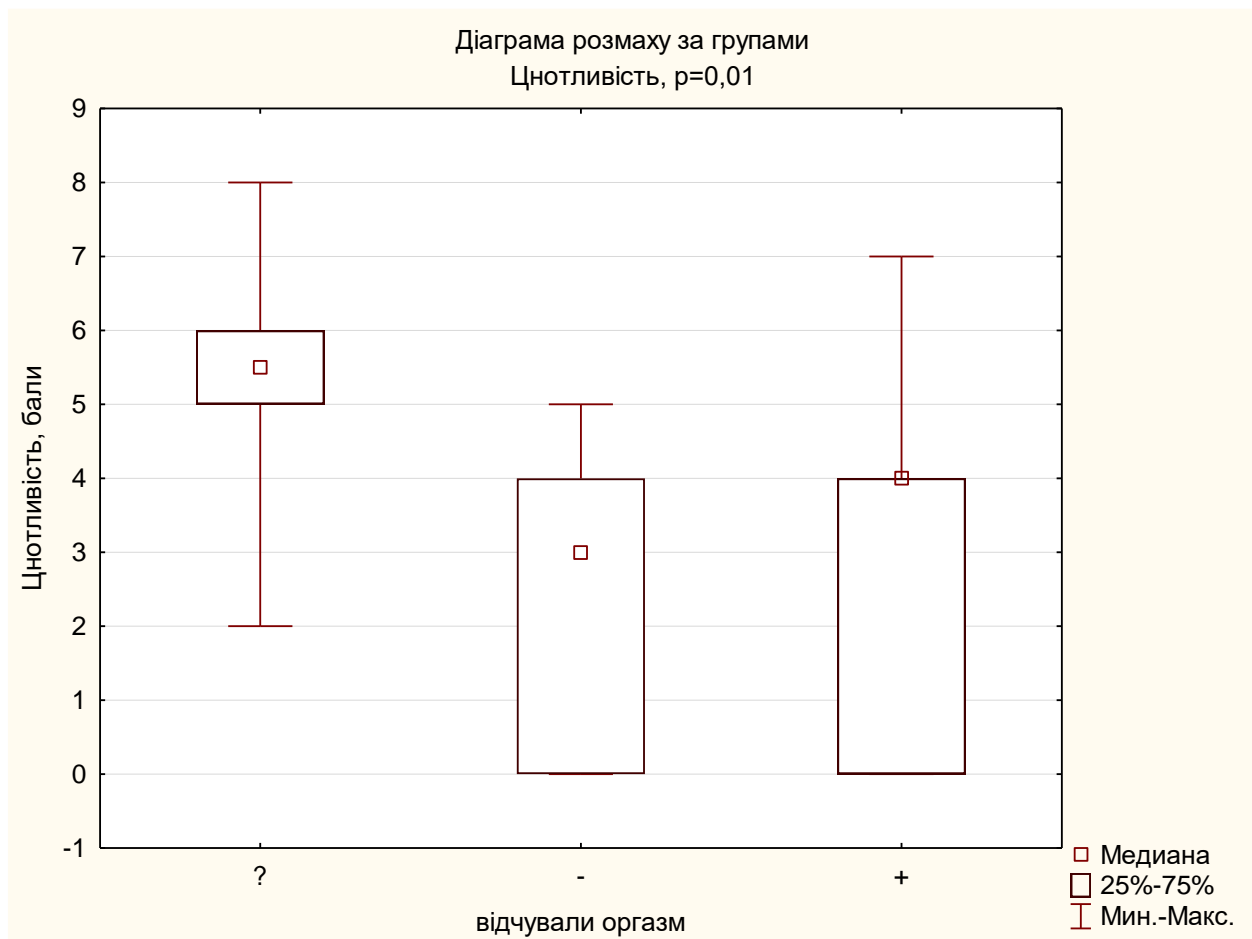


Рис. 2.2.14. Порівняння показників цнотливості як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які не знають, чи відчували оргазм ($n=6$), ніколи не відчували оргазм ($n=11$), та відчували оргазм ($n=43$)

Найвищий показник відповідає жінкам, які не знають, чи отримували оргазм. Це вказує на те, що ці жінки утримуються навіть від проявів сексуальної пристрасті, не люблять думати на цю тему. Можливо, через недостатню чутливість та рефлексію, ця група жінок не може зрозуміти, чи отримували вони оргазм, чи ні. Групи жінок, які отримували оргазм, та які не отримували мають «нормальне» та звичайне ставлення до цієї проблеми.

Шкала, за якою достовірно ($p=0,02$ за критерієм за критерієм ДА Краскела-Уолліса) відрізняються показники груп жінок, які отримували оргазм, не отримували, та не знають чи отримували — «Сексуальна задоволеність» (див. Рис. 2.2.15).

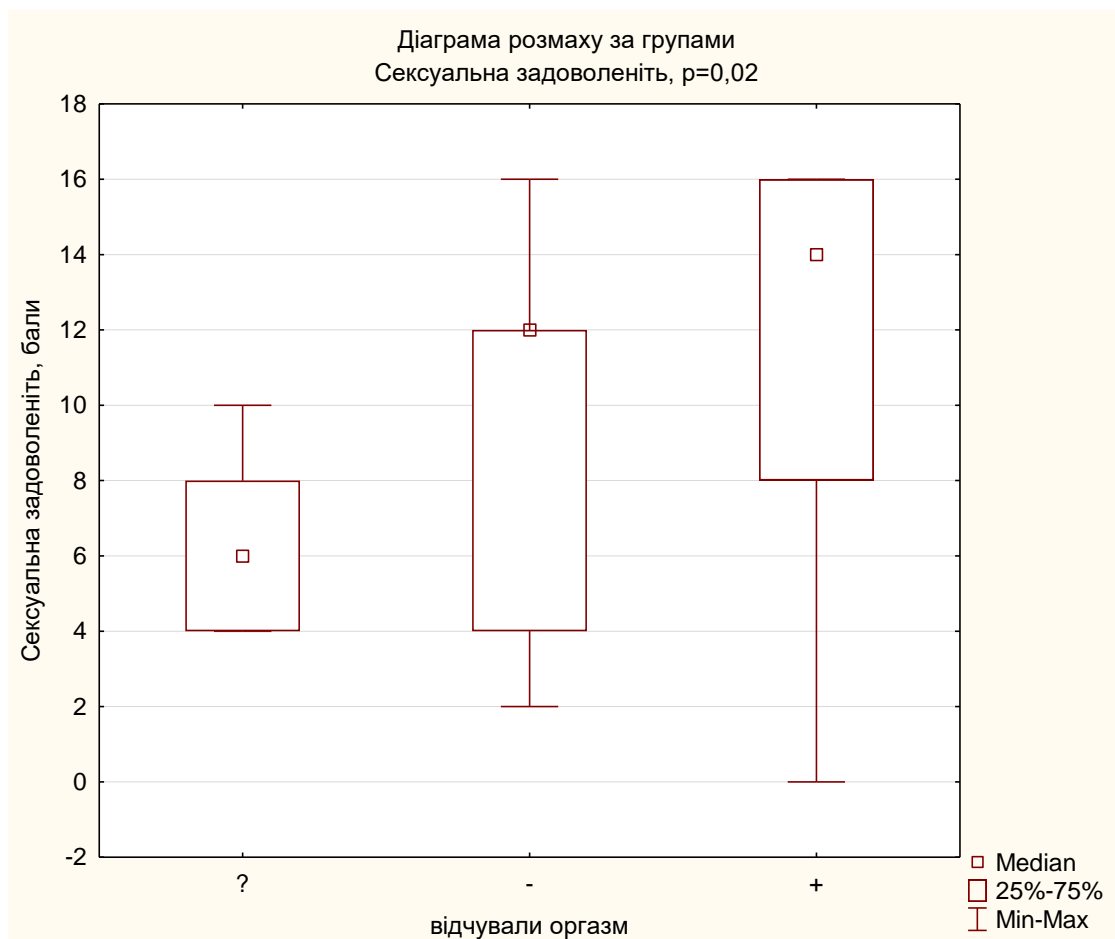


Рис. 2.2.15. Порівняння показників сексуальної задоволеності як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які не знають, чи відчували оргазм ($n=6$), ніколи не відчували оргазм ($n=11$), та відчували оргазм ($n=43$)

За показниками найбільш реалізованою групою виступають жінки із групи, які отримували оргазм, це логічно. Показники групи жінок, які не отримували оргазм — трохи менші, проте мають досить високі значення. Найнижчі показники за цією шкалою у жінок, які не знають, чи відчують оргазм, проте їх показники знаходяться в межах норми. Є чимало способів стати щасливою людиною, і частота статевих зносин аж ніяк не єдиний шлях створення взаємозадовільняючих сексуальних стосунків.

Достовірний ($p=0,04$) результат ми отримали за шкалою «Маскулінність-фемінність». Ця шкала включає питання, які стосуються тих якостей, якими та чи інша стать виявляє себе частіше, ніж інша. Під «маскулінністю» ми розуміємо те, що читач, який одержав високий бал за

даною шкалою, у сексуальних питаннях відповідає образу типового для нашого суспільства чоловіка і не 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 або лесбійства (див. Рис. 2.2.16).

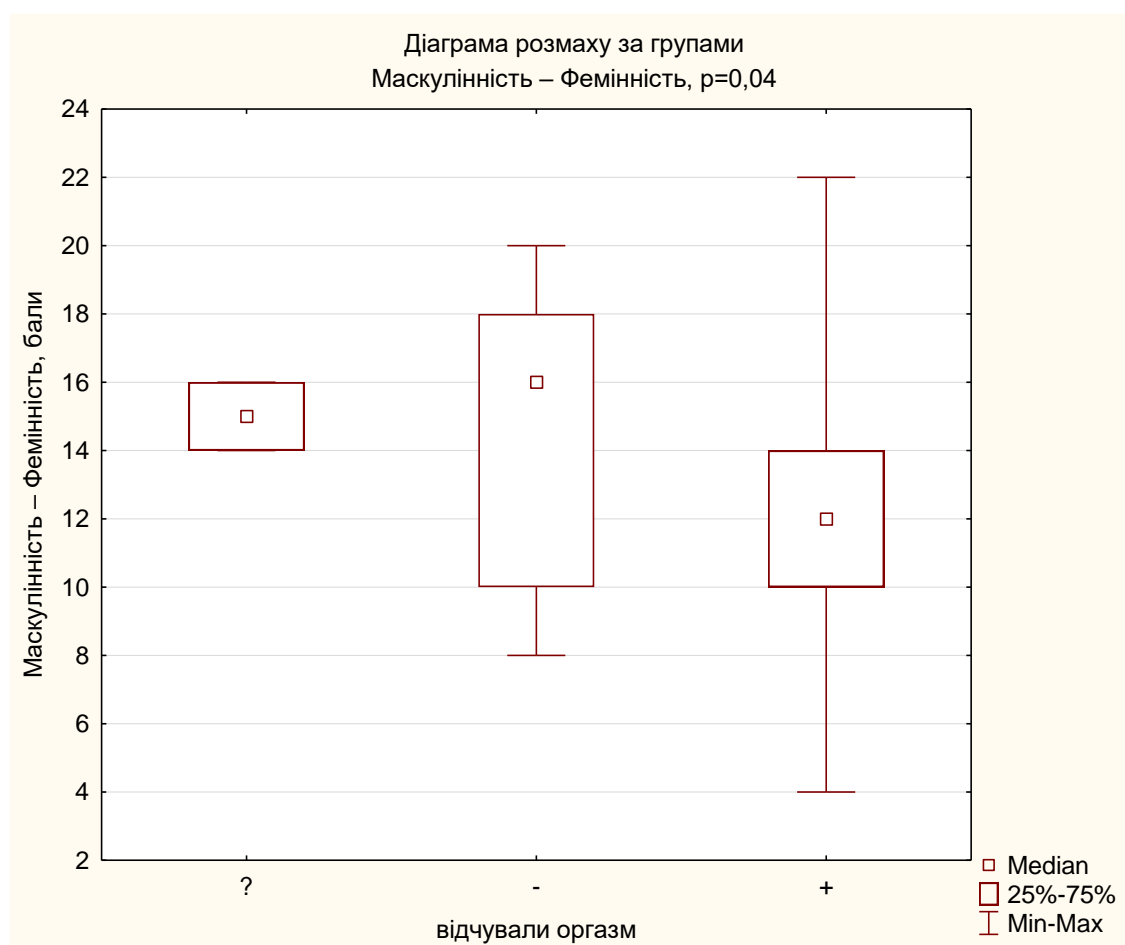


Рис. 2.2.16. Порівняння показників маскулінності та фемінності як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які не знають, чи відчували оргазм ($n=6$), ніколи не відчували оргазм ($n=11$), та відчували оргазм ($n=43$)

Найвищий бал за цією шкалою для жінок, дорівнює 42. За показниками груп жінок, найвищий бал — 22. Це говорить про «фемінні прояви» жінок, які

брали участь у дослідженні. Найвищим та найнижчим показником характеризується група жінок, які отримували оргазм. В своїй більшості жінки цієї групи мають середній показник. Найбільша група, що має «маскулінний» показник — жінки, які не отримували оргазм, проте їх показники не такі високі, щоб говорити про високий прояв маскулінності.

За допомогою «Клінічного опитувальника виявлення та оцінки невротичних станів» К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича з достовірністю ($p=0,002$ за критерієм за критерієм ДА Краскела-Уолліса) була визначена шкала «Тривога» (див. Рис. 2.2.17).

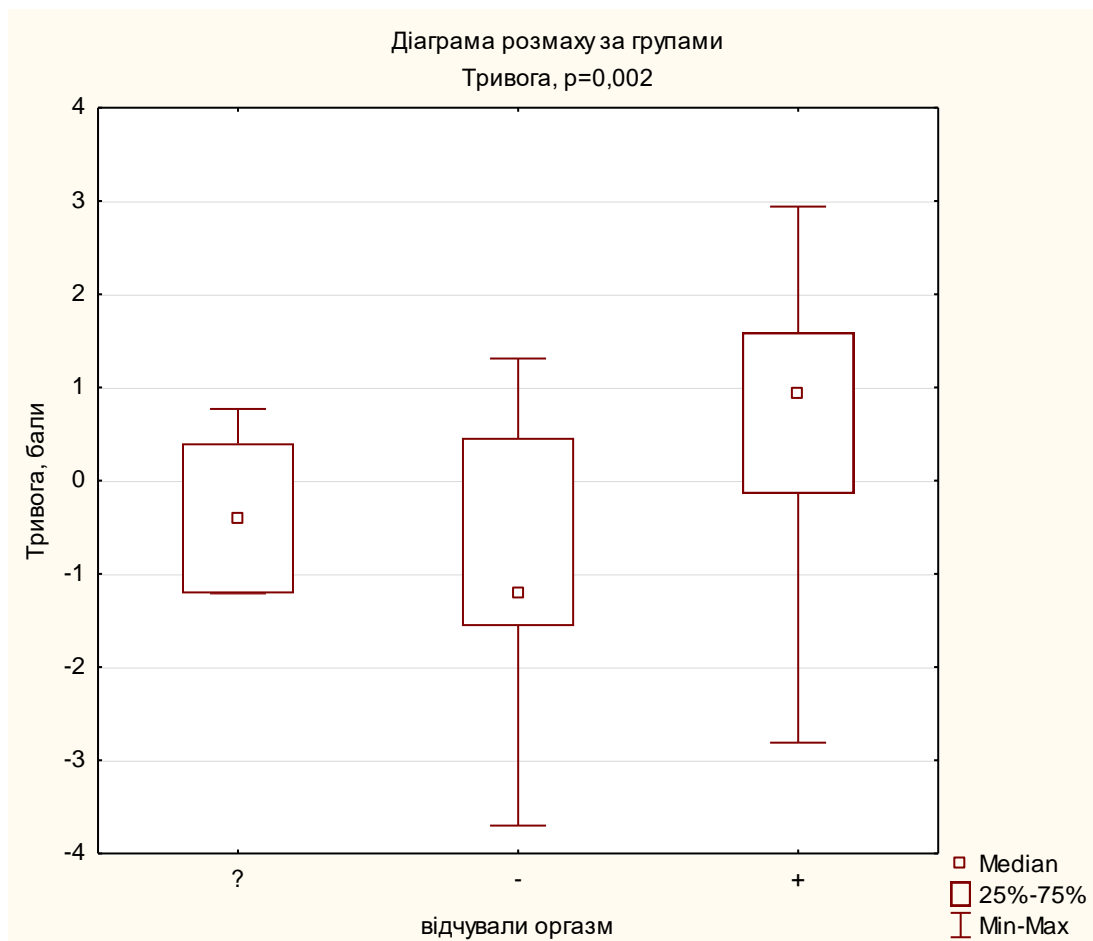


Рис. 2.2.17. Порівняння показників тривоги як невротичного стану (за методикою К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича) між групами жінок, які не знають, чи відчували оргазм ($n=6$), ніколи не відчували оргазм ($n=11$), та відчували оргазм ($n=43$)

Ми знаємо, що за цим опитувальником показник більше +1,28 – вказує на рівень здоров'я. В нашому випадку, найвищий показник має група жінок, які отримують оргазм. Найнижчий показник має група жінок, які не отримували оргазму. Показники менше -1,28 вказують хворобливий характер розладів, що виявляються.

На наступному етапі аналізу визначали різницю між групами жінок, які працюють, та які тимчасово не працюють. За «Методикою дослідження самоставлення» С.Р. Пантелєєва був отриманий достовірний результат ($p=0,05$ за критерієм Манна-Уїтні) по шкалі «Самокерівництво» (див. Рис. 2.2.18). Ця шкала за змістом близька до психологічної змінної, що у літературі прийнято позначати як локус контролю.

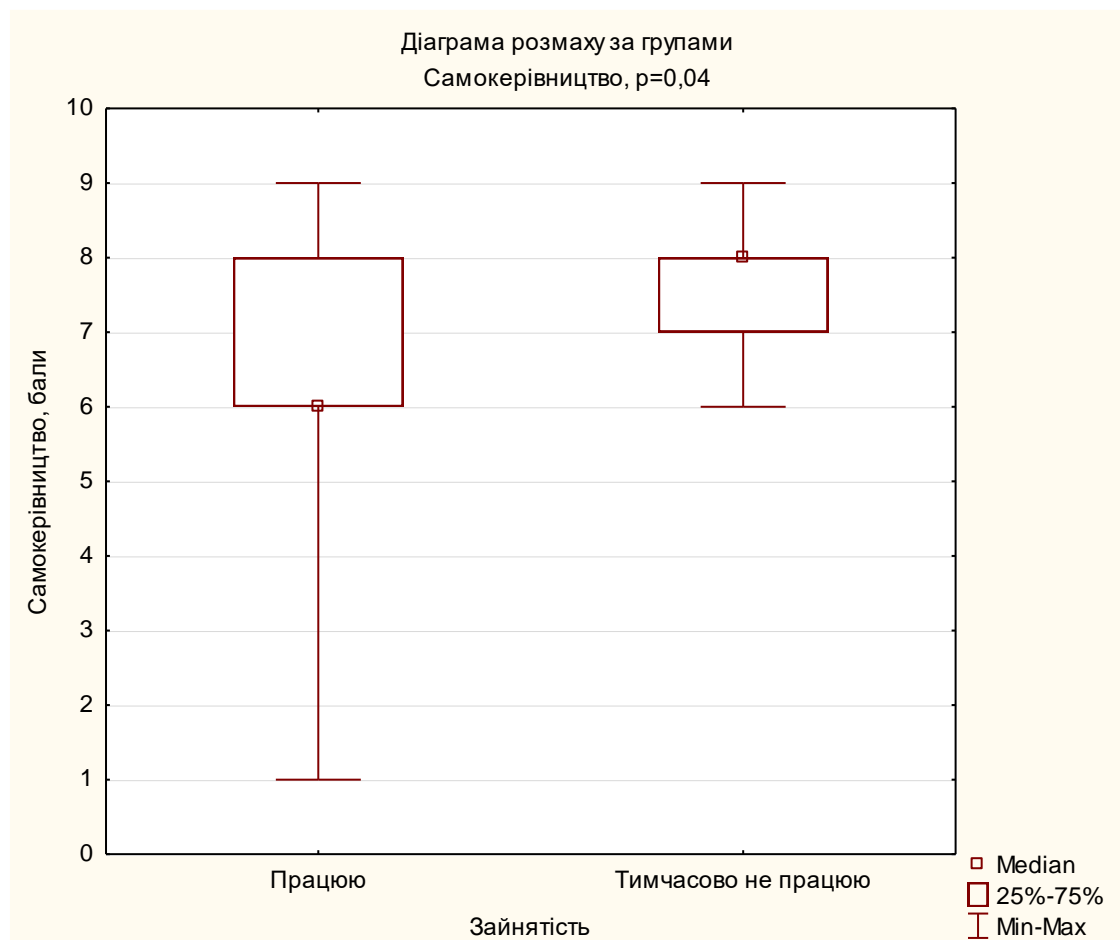


Рис. 2.2.18. Порівняння показників самокерівництва, як умови самоставлення (С.Р. Пантелєєва) між групами жінок, які працюють (n=47), та тимчасово не працюють (n=13)

Оскільки ця шкала відображає уявлення про те, що основним джерелом активності та результатів, що стосуються як діяльності, так і особистості, є вона сама, то бачимо, що жінки які тимчасово не працюють мають вищі показники по цій шкалі. Це означає, що вони виразно переживають власне «Я» як внутрішній стрижень, що інтегрує та організує особистість та життєдіяльність, вважають, що доля перебуває у власних руках; відчують обґрунтованість та послідовність своїх внутрішніх спонукань та цілей. У жінок, які працюють показники нижчі, що говорить про їх підвладність «Я» впливам обставин, нездатність протистояти долі, поганій саморегуляції, розмитому фокусі «Я», відсутності тенденцій пошуку причини вчинків і результатів у собі самому. Можливо, це пов'язано із тим, що працюючі жінки більш залежні від того, що пов'язане з роботою, а тимчасово не працюючі мають більше свободи та відповідальності за цю свободу.

Наступна шкала з достовірністю ($p=0,02$) — «Внутрішня конфліктність» (див. Рис. 2.2.8).

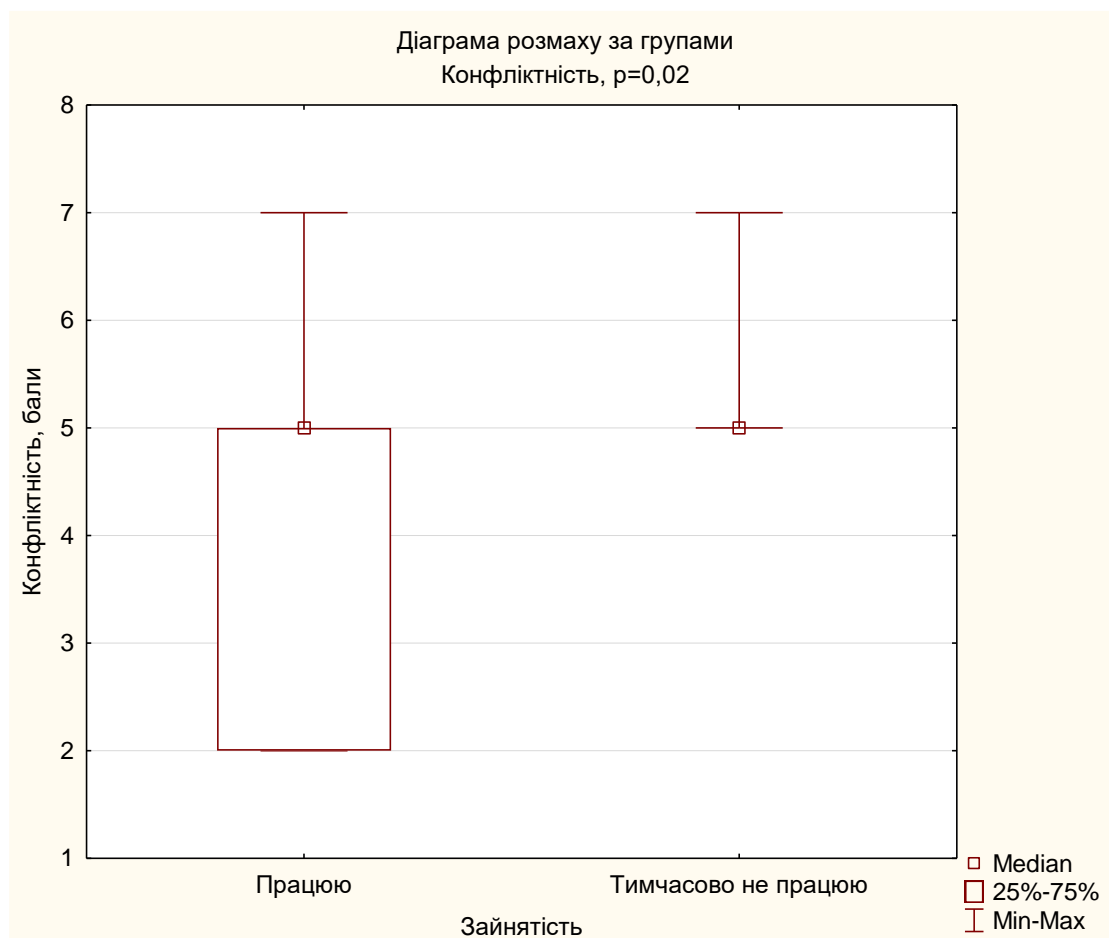


Рис. 2.2.19. Порівняння показників внутрішньої конфліктності, як умови самоствавлення (С.Р. Пантелєєва) між групами жінок, які працюють (n=47), та тимчасово не працюють (n=13)

Група жінок, які працюють у своїй більшості мають нижчі показники, що говорить про їх заперечення проблем, закритість, поверхнєве самозадоволення. Але жінки, які не працюють характеризуються більш високими показниками (які знаходяться в межах норми), що свідчить про підвищену рефлексію, глибоке проникнення в себе, усвідомлення своїх труднощів, адекватний образ Я і відсутність витіснення.

За допомогою «Опитувальника установок до сексу» Г. Айзенка статистичний аналіз окремих складових (шкал) установок до сексу показав, що існує достовірна ($p=0,005$, за критерієм Манна-Уїтні) різниця у Сексуальній невротичності груп жінок, які працюють, та які тимчасово не працюють (див. Рис. 2.2.20).



Рис. 2.2.20. Порівняння показників сексуальної невротичності як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які працюють (n=47) та які тимчасово не працюють (n=13)

Показники сексуальної невротичності вище у жінок, які тимчасово не працюють, це може означати, що їх незадоволеність, розчарування у своєму сексуальному житті часто призводять до невротичних сексуальних реакцій. Жінки цієї групи зазвичай можуть мати проблеми зі своїм сексуальним життям; їм складно контролювати або придушувати свої імпульси, вони легко приходять в сум'яття або засмучуються через свої власні думки або вчинки. Такі стурбовані проблемами, пов'язаними з сексом, і тим самим роблять собі лише гірше. Натомість, жінки що працюють не мають таких проблем, в своїй більшості.

Між двома категоріями жінок, які працюють, та які тимчасово не працюють є достовірна ($p=0,001$, за критерієм Манна-Уїтні) різниця в показниках за шкалою «Сексуальна сором'язливість» (див. Рис. 2.2.21).

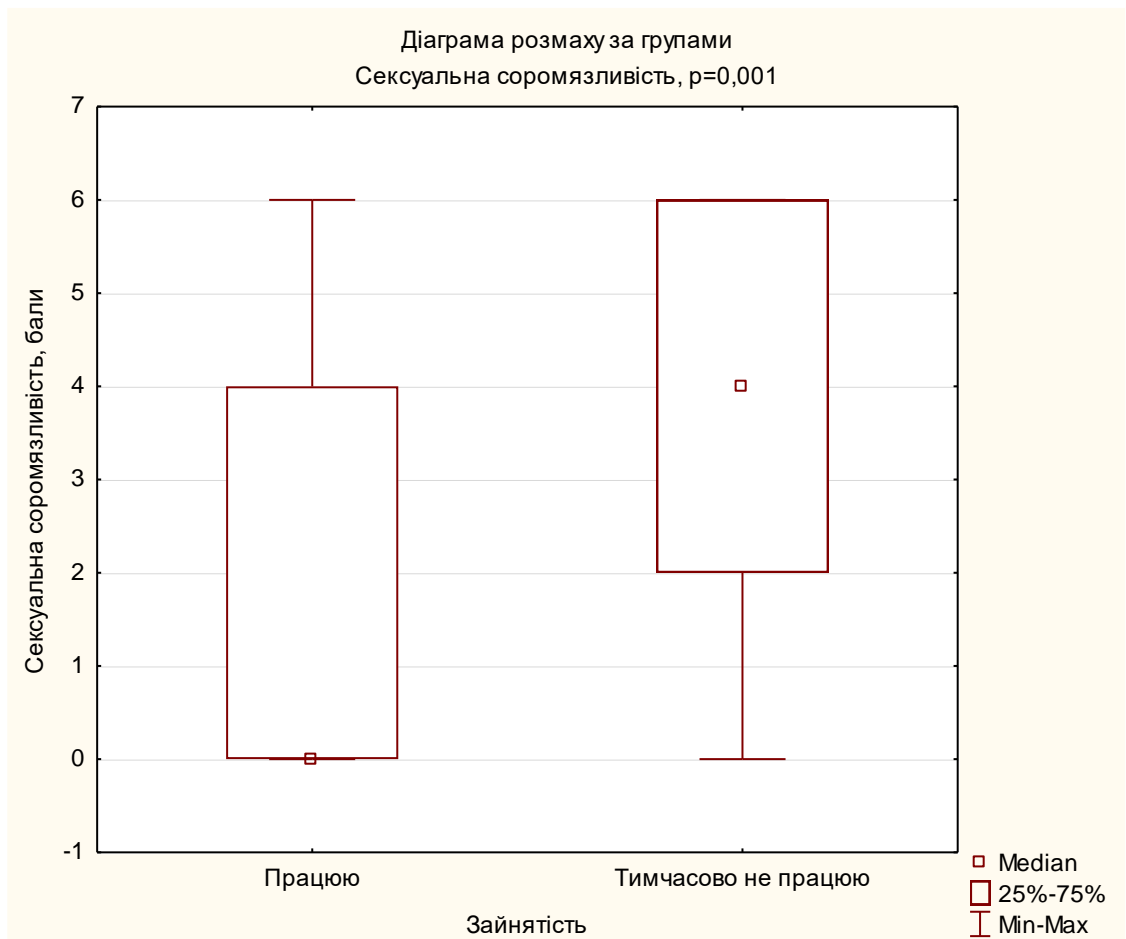


Рис. 2.2.21. Порівняння показників сексуальної сором'язливості як установки у сексі (за методикою Г.Айзенка) між групами жінок, які працюють ($n=47$) та які тимчасово не працюють ($n=13$)

Жінки, які тимчасово не працюють мають вищі показники за шкалою, це свідчить про те, що вони можуть почуватися вкрай нервово у відносинах із протилежною статтю, їх можуть бентежити розмови про секс, а часом вони просто бояться сексуальних стосунків. Високі бали означають сильне небажання брати участь у сексуальних відносинах. Тоді як показники жінок, що працюють, вказують на більш нормальну сексуальну реакцію.

Статистичний аналіз окремих складових (шкал) у тому вигляді, як їх визначають К.К. Яхіна та Д.М. Менделевич, показав, що існує достовірна ($p=0,01$, за критерієм Манна-Уїтні) різниця у проявах тривоги у груп жінок, які працюють та тимчасово не працюють. (див. Рис. 2.2.22).



Рис. 2.2.22. Порівняння показників тривоги як невротичного стану (за методикою К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича) між групами жінок, які працюють($n=47$) та які тимчасово не працюють ($n=13$)

Група жінок, які тимчасово не працюють, мають більш низькі показники, що говорить про більшу «тривожність» цієї групи, на відміну, жінок, які працюють.

Використовуючи коефіцієнт Спірмена, ми виявили множинні кореляції різних параметрів співвідношення сексуальної сфери жінок та їх самоставлення. Оскільки неможливо описати усі кореляційні взаємозв'язки, ми вибрали лише найосновніші з них, ті, що як найточніше відповідають предмету дослідження та мають найбільше кореляційне навантаження.

Кореляційний аналіз виявив, що з віком змінюються показники за такими шкалами, як: «відкритість», «самокерівництво», «дзеркальне Я», «самозвинувачення» (див. Рис. 2.2.23).

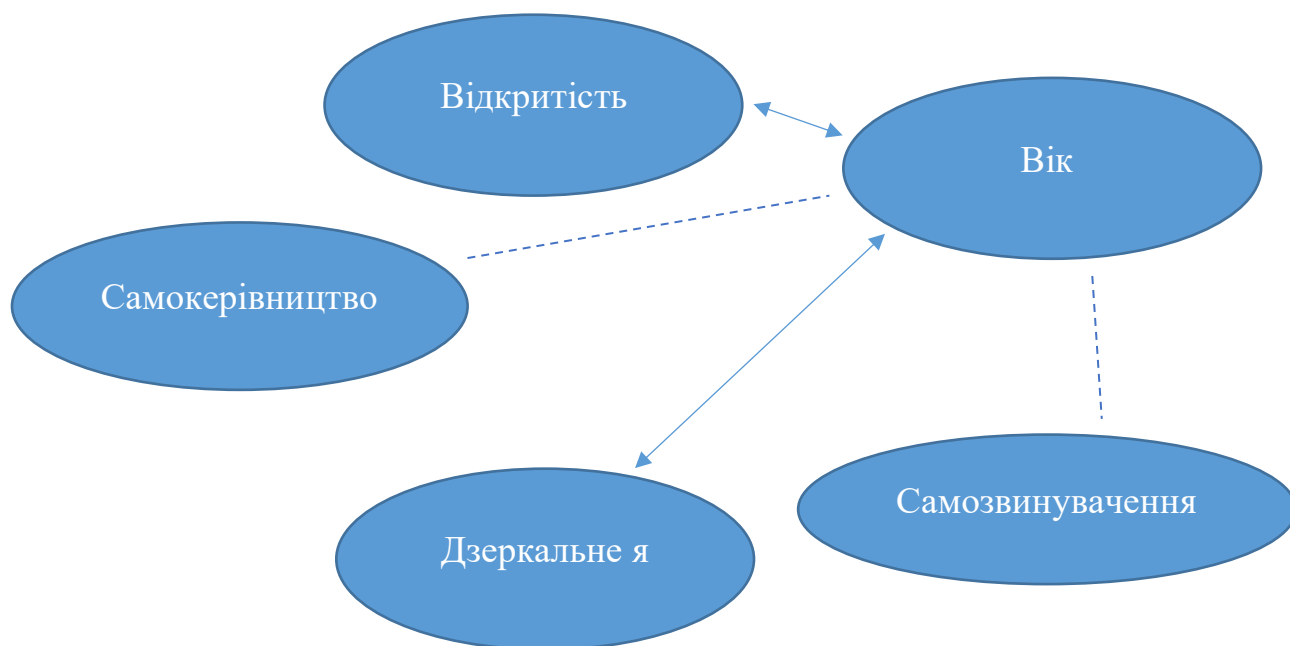


Рис. 2.2.23. Взаємозв'язок віку з відкритістю, самокерівництвом, дзеркальним я, самозвинувачення (за методикою С.Р. Пантелєєва)

Тісні прямі кореляційні зв'язки спостерігаються за факторами «Вік», та «Відкритість» ($r=0,336$, $p=0,01$), «Дзеркальне я» ($r=0,311$, $p=0,01$). Це свідчить про те, що чим старшою стає жінка, тим вона стає більш відкритою, чесною з собою та очікує від інших поваги, симпатії та розуміння зі сторони інших. Між шкалою «Вік» та «Самозвинувачення» ($r= -0,303$, $p=0,01$), «Самокерівництво» ($r= -0,289$, $p=0,01$) було встановлено прямопропорційні зв'язки. Такий результат дає нам можливість стверджувати, що чим старшою стає жінка, тим менше вона звертає увагу на особисті промахи та невдачі, а також менше звертає увагу на свій внутрішній стрижень і більше піддається впливу зовнішніх обставин.



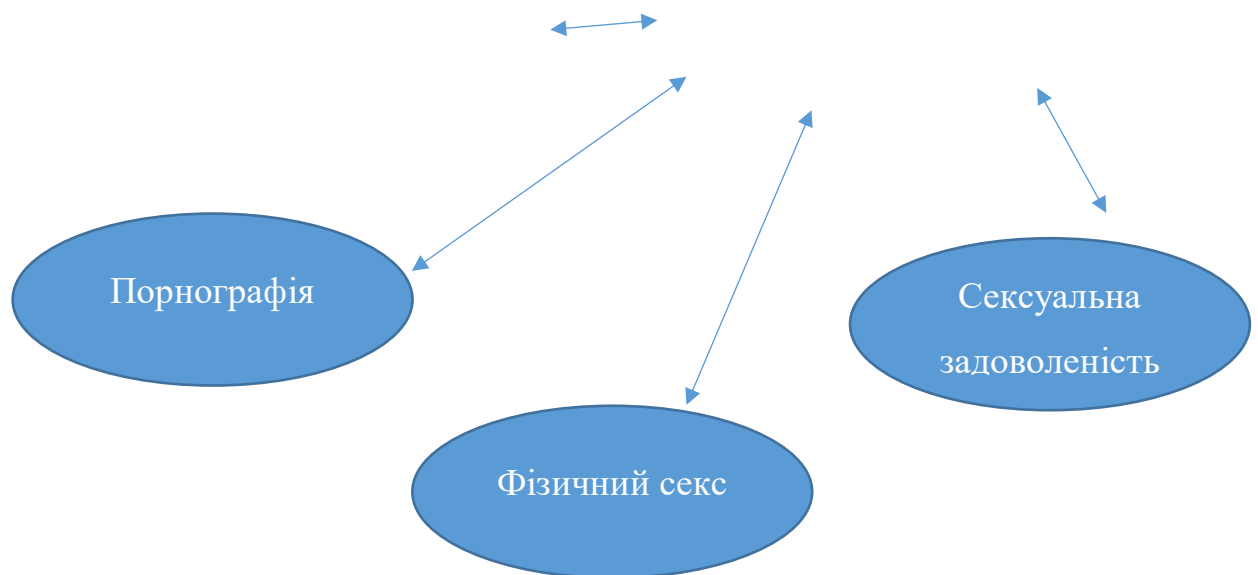


Рис. 2.2.24. Взаємозв'язок віку з реалізованістю, порнографією, фізичним сексом та сексуальною задоволеністю як установками у сексі (за методикою Г.Айзенка)

Зафіксовано прямий позитивний зв'язок між віком та шкалами за методикою Г.Айзенка: «Реалізованість» ($r=0,311$, $p=0,005$), «Порнографія» ($r=0,311$, $p=0,005$), «Фізичний секс» ($r=0,311$, $p=0,005$), «Сексуальна задоволеність» ($r=0,311$, $p=0,005$) (див. Рис. 2.2.24). Зі збільшенням віку, підвищується загальна задоволеність жінки своїм сексуальним життям, покращується рівень задоволення від опису сексуальних сцен, підвищується активне прагнення реального статевого контакту та підвищується задоволеність своїм сексуальним життям.

Виявлено значні помірний обернений взаємозв'язок між «Самоприв'язаністю» та «Сексуальною невротичністю» ($r= -0,268$, $p=0,001$). Із зростанням ригідності Я-концепції, прихильності, небажання змінюватись на тлі загального позитивного ставлення до себе — зменшуються невротичні сексуальні реакції, проблеми у сексуальному житті, що пов'язано із зниженням стурбованістю сексуальними проблемами. (див. Рис. 2.2.25).



Рис. 2.2.25. Взаємозв'язок самоприв'язаності з сексуальною невротичністю та сексуальною задоволеністю

Натомість, значимий кореляційний зв'язок виявлено між «Самоприв'язаністю» та «Сексуальною задоволеністю» ($r = 0,299$, $p = 0,001$). Такий результат дає нам підстави стверджувати, що нарощування самоприв'язаності у вигляді небажання щось змінювати в собі, відповідати ідеальному уявленню себе, задоволеності собою, позитивно впливає на задоволеність жінкою своїм сексуальним життям.

Спостерігаємо помірний обернений кореляційний зв'язок між «Внутрішньою конфліктністю» та «Фізичним сексом» ($r = -0,320$, $p = 0,001$). Тобто, зростання внутрішніх конфліктів, сумнівів, непогодження з собою, зменшує рівень активного прагнення реального статевого контакту. Також виявлено помірний позитивний взаємозв'язок шкал «Внутрішня конфліктність» та «Сексуальна сором'язливість» ($r = 0,269$, $p = 0,001$). Зі

збільшенням рівня суперечок з собою, збільшується показник нервовості у відносинах, страху сексуальних відносин, зростає небажання брати участь у сексуальних відносинах (див. Рис. 2.2.26).

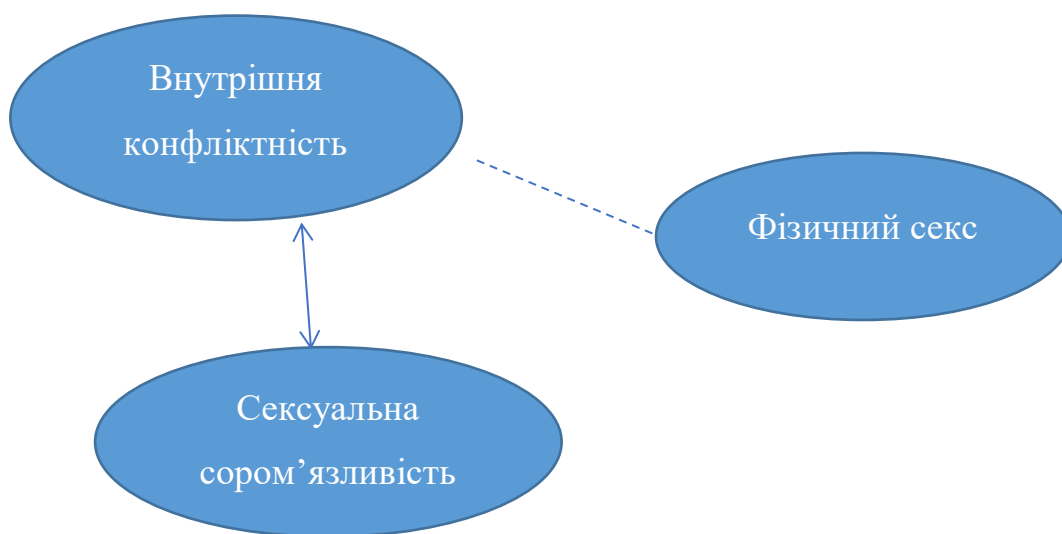


Рис. 2.2.26. Взаємозв'язок внутрішньої конфліктності з сексуальною сором'язливістю та фізичним сексом

Отже, отримані статистично значущі логічні кореляційні зв'язки:

- 1) Показують узгодженість параметрів, вимірюваних різними психодіагностичними методиками і підтверджують достовірність результатів та гіпотезу дослідження
- 2) Дозволяють зробити обґрунтовані висновки про взаємодію окремих психологічних компонентів сексуальної сфери та самоствлення
- 3) Виявляють найбільш вагомі з усіх досліджуваних факторів, що важливі для розробки програм психологічної допомоги, спрямованої на розвиток сексуальної сфери жінок.

2.3 Рекомендації: методи, техніки та психотерапія, що можуть бути корисним для усунення оргастичних проблем.

Для досягнення оргазму і подолання його розладів використовують різні рекомендації, методи і техніки. Зупинимося на описі деяких з них.

Для досягнення оргазму слід забезпечити достатній рівень сексуального збудження, що досягається завдяки впливу різних ерогенних стимулів: візуальних, тактильних, аудіальних, нюхових, феромонних, інтрапсихічних (сексуальні фантазії) і передбачає необхідну відповідь організму. Детальна характеристика цих стимулів представлена в книзі «Ерогенні стимули і сексуальність» [23, 24]. Необхідно забезпечити адекватність цих стимулів у кожному конкретному випадку, оскільки певні стимули можуть бути адекватними для одних людей і абсолютно неприйнятними для інших. У деяких випадках ці стимули редуковані або практично відсутні, що може стати причиною відсутності оргазму.

У книзі «Психотерапія сексуальних розладів подружніх конфліктів» [16] зазначено наступне. Під час роботи з жінками нерідко зустрічається надцінна установка на обов'язкове отримання оргазму у всіх випадках. Це спостерігається і тоді, коли пацієнтка до виникнення цієї установки не страждала і отримувала задоволення без настання оргазму («*satisfactio sine orgas*»). У зазначених випадках сексолог, переконавшись у відсутності дисгармонії, що виключає настання оргазму, повинен спрямувати свої зусилля на корекцію надцінної ідеї. Це не скасовує необхідності лікувальних впливів, метою яких є набуття жінкою здатності до переживання оргазму (у тих випадках, де це можливо).

Для зменшення гостроти зазначеної надцінної ідеї корисно повідомляти пацієнткам такі дані:

1. Прагнення випробувати оргазм слід розглядати як тенденцію останнього часу, обумовлену зростанням сексуальної грамотності і емансипацією жінки. Так, ще на зорі нашого століття в моді були холодні красуні, а прояв чуттєвості розглядався як щось непристойне. Тоді існувало переконання, що жінки не схильні до сексуального збудження і не можуть, не повинні досягати оргазму. Деякі автори (Elson, 1933) навіть намагалися пояснити нездатність жінки до переживання оргазму аргументами філогенетично-етнологічного характеру.

2. Незважаючи на те, що частина жінок набуває здатність до переживання оргазму лише з плином часу після початку регулярного статевих життя, вони і до цього здатні насолоджуватися приємними відчуттями, які виникають у них, під час ласок і поцілунків (можливо, і фрикцій), а також відчувати задоволення від насолоди, що отримує партнер.

Крім того, у розмові з такими пацієнтками корисно відзначити, що надмірне прагнення до досягнення оргазму само собою може гальмувати його виникнення.

3. В інших публікаціях теж рекомендують намагатися переосмислити свої очікування, зосередитися на взаємному задоволенні, а не на оргазмі. При цьому жінки можуть виявити, що стійке задоволення у фазі плато так само задовольняє, як і оргазм [16]

Лікування розладів оргазму передбачає сексуальне просвітництво, вивчення анатомії статевих органів. З цією метою жінка оглядає своє оголене тіло за допомогою дзеркала і вивчає діаграми / схеми анатомії жіночих статевих органів. На наступному етапі вона досліджує свої статеві органи тактильно, а також візуально, з акцентом на пошуку чутливих областей, які генерують почуття задоволення [84]. Знання власної анатомії може призвести до більшого сексуального задоволення [63].

Ярхауз М.А. та Тен Е.С.Н. [62] пропонують жінкам вивчати власне оголене тіло за допомогою дзеркала, звертаючи увагу на думки та почуття, особливо, якщо вони містять у собі критику. Їх можна фіксувати в щоденнику, а потім обговорювати на зустрічах із консультантом. Також автори пропонують жінкам провести генітальне дослідження і ознайомити їх із зображенням жіночих статевих органів (часто для цього використовують сторінку з підручника). Вдома вони повинні самостійно продовжити вивчення своїх статевих органів, користуючись ручним дзеркалом (знайти клітор, великі статеві губи, малі статеві губи і т.д.). Ця вправа дозволяє жінці більше дізнатися себе, тому є дуже корисною.

Автори, що цитувались вище, вказують, що як і в разі розгляду свого тіла в дзеркалі, під час дослідження своїх статевих органів слід звертати увагу на відчуття і думки, які можна записувати в щоденник, а потім обговорити або переосмислити свої реакції на сеансі у фахівця. Зазначено, що генітальне обстеження може призвести до кінестетичного знання, оскільки це дає можливість жінці, по-різному торкаючись різних частин тіла, переосмислити свою реакцію на різні стимули. Це є основою для подальшого навчання партнера, його дій в ситуації інтимної близькості.

Велику роль терапії розладів оргазму відводять мастурбації. При цьому в закордонній літературі повсюдно використовується термін «спрямована мастурбація» (directed masturbation; DM). Вважають, що вона може бути корисною жінкам з оргастичними труднощами з кількох причин:

- мастурбаційні вправи можуть допомогти звернути свою увагу на сексуально приємні фізичні відчуття;
- оскільки мастурбація може виконуватися самостійно, усувається занепокоєння, яке може бути пов'язане з оцінкою партнера;
- кількість та інтенсивність сексуальної стимуляції знаходиться безпосередньо під контролем жінки, вона не залежить від поінформованості партнера або її здатності до спілкування з ним [84].

Для поліпшення здатності до переживання оргазму і посилення оргастичних відчуттів використовують вправи Кегеля. Наприкінці 40-х років XX століття американський гінеколог Арнольд Кегель розробив програму вправ для зміцнення м'язів промежини, призначених для лікування жінок із нетриманням сечі. Він проводив свої досліді в Інституті дослідження тазового дна при UCLA (університет в Лос-Анджелесі, США). Однак потім виявилось, що ці вправи ефективні і за відсутності оргазму в жінок [41]. Зазначено, що в психотерапії первинної аноргазмії вони їх вважають корисними. Це зумовлено тим, що ці вправи допомагають жінці відчути своє тіло, зокрема генітальні м'язи (наприклад, лобково-копчиковий м'яз), контролювати напругу і розслаблення м'язів [62].

Рекомендовано почати тренування з десяти повільних стисків, десяти скорочень і десяти виштовхувань п'ять разів на день, а через тиждень додати по п'ять вправ до повільних стисків, скорочень і виштовхувань, продовжуючи виконувати їх п'ять разів на день. Збільшувати число вправ слід щотижня, поки кожне з них не сягне тридцяти. Щоб залишатися у формі, інтенсивність вправ варто залишати на досягнутому рівні. Таким чином, щодня виконується 150 вправ Кегеля [54].

Для зменшення тривожності та страхів, зокрема зумовлених побоюванням неможливості в черговий раз пережити оргазм (виконавча тривожність), можна використовувати техніку зупинки думки [18], гіпносуггестивну терапію (гіпносуггестивне програмування, моделювання в гіпнотичному стані, гіпнокатарсис) [24, 25] аутогенне тренування (АТ) [26], самонавіювання, систему Джейкобсона (J. Jacobson) [39] систематичну десенсибілізацію за Вольпі (J. Wolpe) [27, 85], техніку «десенсибілізації та переробки рухами очей» [19, 59].

Задля усунення розладів оргазму рекомендують використовувати реципрокне гальмування, що відноситься до поведінкової терапії. Одну із приватних методик реципрокного гальмування розробив Вольпе (J. Wolpe) [27, 85], назвавши її систематичною десенсибілізацією. Зазвичай цей вид терапії застосовують для боротьби з фобіями. Спочатку складають ієрархію ситуацій за вираженням емоційної напруги, що супроводжує їх. Клієнтка, попередньо навчена прийомів релаксації за методикою Джейкобсона (J. Jacobson) [39] спочатку моделює у своїй уяві ситуацію, що володіє мінімальним фобічним потенціалом (15-40 с). Потім перемикає себе на уявлення заспокійливого чи приємного змісту і розслабляється. Це повторюється кілька разів. Після цього жінка переходить до подання ситуації, що знаходиться на наступній сходинці ієрархічних сходів за ступенем вираження, що супроводжує її емоційне напруження.

За монофобіях «ієрархічна шкала» містить в собі 20 ситуацій. Для контролю ситуації психотерапевтом використовується наступна індикація:

якщо клієнт вже не відчуває страху і хвилювань в цій ситуації, то підносить палець правої руки, а якщо відчуває – лівої. Тривалість кожного сеансу 20-30 хв. Жінка поринає у стан глибокої релаксації та викликає в себе уявлення бентежних сцен, починаючи з менш значимих. Якщо уявна ситуація викликає в неї значну негативну емоційну реакцію, клієнтка піднесенням пальця сигналізує про це. Тоді психотерапевт або поглиблює релаксацію і сеанс закінчується, або клієнтка знову викликає менш бентежну ситуацію [23, 24].

З метою вирішення проблем, пов'язаних з оргазмічним розладом, також застосовується психоаналітичний підхід. Так, R. Greenson [71] описує випадок психогенної аноргазмії, причину якої він розкрив під час психоаналізу. Йдеться про пацієнтку, яка не змогла досягти оргазму під час статевого акту з чоловіком, попри виражене сексуальне збудження і бездоганну техніку чоловіка. З часом збудження просто зникло. Пацієнтка ні в чому не звинувачувала чоловіка і відзначила, що він навіть гладко поголений(!). Коли вона сказала це, сльози потекли її обличчям (!). Оскільки позиція звичайного слухача не дозволила розкрити витоків аноргазмії, дослідник перейшов на позицію співпереживання. Він уявив, що якась його частина стала пацієнткою і вирішив у цьому новому амплуа пережити ті події, які вона розповідала, а також аналітичний сеанс. Це вдалося, оскільки Р. Грінсон працював із нею кілька років. Він вибудував робочу модель пацієнтки, що складається з її зовнішності, поведінки, манерів руху, бажань, почуттів, цінностей, стосунків тощо. Ця модель «Я» була переміщена на передній план, а «Я» аналітика тимчасово виявилось ізольованим. У міру того, як «очима пацієнтки» проглядалися описані нею події, з'явилося кілька нових ідей. Її чоловік, як відзначила жінка, обсилав її поцілунками (англ. to shower - осипати, приймати душ). Проводилась аналогія до сцени з дитинства, коли вона приймала душ разом із батьком. Це був один із найприємніших спогадів про її зазвичай сердитого батька. Привертав увагу наступний момент зі спогадів: її батько був дуже волохатий. З одного боку, це робило його чуттєвим, а з іншого – лякало. У поцілунках батька вона найжвавіше згадала його вуса. Що ж стосується

чоловіка, то згадаймо слова пацієнтки: «Він був навіть гладко поголений». Це повернуло дослідника до колишнього стану аналітика. Якщо раніше він думав, що це висловлювання пов'язане з її матір'ю, то тепер зрозумів, що гладко поголений, люблячий і уважний чоловік викликав контрастну картину її репресованих сексуальних бажань до сердитого і садистського батька. Внаслідок цього гладке обличчя чоловіка не дозволяло їй досягти оргазму [21].

Для лікування розладів оргазму використовується секс-терапія [52]. Якщо порівнювати секс-терапії з різними методами психотерапії, то можна відзначити певну її близькість з біхевіоральною (поведінковою) терапією.

У секс-терапії широко використовують техніку «чуттєве фокусування», яка ефективна і в терапії розладів оргазму. Основоположники секс-терапії У. Мастерс і В. Джонсон [37] описують її таким чином.

«На початку кожній парі пропонують утриматися від прямих статевих стосунків, що пов'язані з контактом статевих органів. Цей підхід допомагає усунути тиск, що виникає через страх невдачі під час статевого акту, і створює умови для руйнування порочного кола «страх – саме спостереження – невдача – страх», який у багатьох випадках вкорінений глибоко. Ідея фокусування відчуттів лежить в основі більш ефективного навчання способам статевих взаємодій.

На першій стадії навчання парі пропонують провести два сеанси, під час яких кожен з її членів торкається тіла іншого, причому груди і статеві органи вважаються «забороненими зонами». Мета дотиків полягає не в тому, щоб викликати сексуальне збудження, а в тому, щоб відкрити для себе відчуття, що виникають від дотиків. Партнерів попереджають, що кожен з них повинен діяти відповідно до власних бажань, а не намагатися вгадати, що подобається або не подобається іншому. Наголошується, що дотик не повинен перетворитися на масаж або спробу викликати статеве збудження.

У початковий період вправи з фокусування чуттєвості мають за можливості проходити в мовчанні, оскільки слова можуть відволікти від фізичних відчуттів. Однак той із партнерів, до якого торкаються, повинен дати

зрозуміти іншому або мовою тіла, або словами, якщо той чи інший дотик йому неприємний. Хоча багато людей говорять: «О, ми вже раніше торкалися один одного безліч разів. Чи не можна обійтися без цього і перейти на вищий рівень?», ця перша стадія має важливе значення у багатьох відносинах. Вона дозволяє отримати додаткове уявлення про взаємодії між партнерами.

Ця стадія має суто лікувальну дію. Такі дотики - прекрасний спосіб зниження почуття тривоги та навчання спілкуватися без слів.

На наступній стадії вправ з фокусування відчуттів область дотиків розширюється, в неї додаються груди і статеві органи. Партнеру, що робить дотик, пояснюють, що варто починати не зі статевих органів, а з інших ділянок тіла. Головна мета повинна полягати у фізичному відчутті дотиків, а не в очікуванні якоїсь особливої сексуальної реакції.

На цій стадії партнерам зазвичай пропонують випробувати метод «рука на руку» як більш безпосередній спосіб комунікації без слів. Партнери роблять цю вправу по черзі. Поклавши свою руку на руку партнера в той час, коли він торкається тіла, жінка може дати йому відчувати чи хочеться їй, щоб він натискав сильніше або слабше, гладив швидше або повільніше або ж перейшов на іншу ділянку тіла. Потім все це повторюється з чоловіком, який у свою чергу сигналізує про свої уподобання.

Сенс цієї процедури полягає в інтеграції мовчазних послань таким чином, щоб партнер, до якого торкається інший, не перетворювався на «регулювальника руху», а просто робив додатковий внесок у процес дотиків, що виробляється насамперед з інтересів партнера, що «торкається».

На наступній стадії навчання фокусування відчуттів чоловікові і жінці пропонують торкатися один одного не по черзі, а одночасно. Це має дві мети: по-перше, створюється природна форма фізичної взаємодії («в житті» люди зазвичай не торкаються один до одного по черзі); по-друге, це подвоює потенційні джерела чуттєвого внеску. Ця стадія є важливою для подолання прагнення до самоспостереження, оскільки єдине, що може зробити спостерігач, це перемкнути увагу на якусь частину тіла свого партнера

(зануритися в дотик) і абсолютно відволіктися від спостереження за власною реакцією. Партнерам нагадують, що якого б сильного збудження вони не досягли, статевий акт все ще залишається під заборонаю.

Під час наступних вправ із фокусування відчуттів тривають ті ж дії, але в певний момент партнери переходять у положення «жінка зверху» без спроб введення статевого члена в піхву. У цьому положенні жінка може грати зі статевим членом, потерти його про клітор, вульву або отвір піхви незалежно від того, знаходиться він в ерегованому стані чи ні. Якщо виникне ерекція, і якщо вона захоче, то може ввести кінчик члена у піхву, але при цьому всі її думки повинні зосереджуватися на фізичних відчуттях, щоб відразу припинити свої дії або повернутися до простих дотиків або обіймів, що не зачіпають статеві органи, якщо у неї або у її партнера проявиться прагнення до статевому акту або якесь занепокоєння. Після того як партнери починають відчувати себе впевнено на цьому рівні, справжній статевий акт зазвичай не викликає труднощів.

Всі подібні прийоми можуть здатися дуже простими, проте важливо розуміти, що це лише складові елементи ретельно розробленої програми психотерапії. Найголовніша їхня цінність полягає у швидкій та ефективній дії навіть у важких і занедбаних випадках відсутності оргазму у жінки»[37].

Х. С. Каплан [13] у своєму посібнику з сексуальної терапії описує стратегію лікування розладів оргазму, яка містить такі етапи:

- 1) оргазм під час мастурбації;
- 2) оргазм у присутності партнера за допомогою стимуляції клітора;
- 3) оргазм процесі статевому акту;
- 4) за неможливості оргазму в ході статевому акту використовується прийом «міст».

Отже, все починається з мастурбації, яка проводиться жінкою без партнера. Цим забезпечується відсутність психологічного тиску з його боку. На цьому етапі жінці допомагають подолати почуття провини та сорому з приводу мастурбації, що здійснюється під час сеансів терапії.

У жінок, які раніше ніколи не відчували оргазму, можуть виникати різні побоювання у зв'язку з тим, що вони можуть відчути (наприклад, відчуття болю).

Також це можуть бути різні інші страхи: «я втрачу контроль над собою», «я збожеволію», «мені це завдасть шкоди, я захворію на рак, ... помру», «мені це сподобається і я стану абсолютно нерозбірливою », «мені спочатку потрібно закохатися, а вже потім мати оргазм». У ході сеансів ці побоювання/страхи і фантазії аналізуються та обговорюються з урахуванням їхньої динаміки. Більшість подібних страхів, зазначає автор, «пов'язані з придушенням та заборонами інфантильної сексуальності».

Сни та асоціації стають корисним засобом розуміння цих неусвідомлених перешкод на шляху до «виходу» оргазму. Ретельному обговоренню та аналізу мають бути піддані еротичні фантазії [13].

Стимуляція клітора пальцем під час мастурбації, продовжує автор, у поєднанні з відволікаючими фантазіями доволі швидко (як правило, за кілька тижнів) призводить до оргазму. Якщо ефект недостатній, пропонується користуватися вібратором. Під час стимуляції необхідно залучати власні фантазії, щоб «відволікти себе від того, що зазвичай відволікає від оргазму», тобто від звички самоконтролю в ході стимуляції та оргазму. У деяких випадках під час стимуляції пацієнтці рекомендовано розглядати еротичні картини і дивитися еротичні фільми. Щоб досягти оргазму, деяким пацієнткам доводиться стимулювати себе довгий час, іноді близько однієї години [13].

Існують прийоми, що полегшують настання оргазму жінки: почергове стискання і розслаблення м'язів піхви, рух тазу і глибоке дихання на висоті сексуального збудження. За пригніченому оргастичному рефлексі інтенсивна стимуляція нерідко призводить до появи напруженого стану. У цих випадках слід на кілька секунд призупинити стимуляцію, а потім знову відновити її. Декілька повторень цього прийому «стоп-старт» нерідко може бути ефективним у досягненні оргазму [13].

Оргазм у присутності партнера як етап лікування починається після того, як жінка освоїлась з відчуттями від оргазму, викликаного мастурбацією наодинці. Цей етап є більш складним, оскільки присутність партнера провокує тривожний стан жінки. Виникає страх невдачі: «Чи зможу досягти оргазму? А якщо йому набридне одноманітне збудження? Може, інші жінки роблять це швидше?»

З метою досягнення результату на цьому етапі Х. С. Каплан рекомендує кілька прийомів. Один з них полягає в тому, що після того, як чоловік отримує оргазм, він викликає оргазм партнерки мануально. Вона ж отримує установку на переживання в цей час тих же фантазій, які раніше супроводжували її самостимуляцію, скорочує м'язи промежини і глибоко дихає. Нерідко виконання такої інструкції призводить до того, що жінка досягає оргазму.

У деяких випадках слід рекомендувати жінці проводити мастурбацію в присутності партнера. Таке розпорядження робиться, коли її збудження за темпом наростання значно відстає від такого у чоловіка, а також у тому випадку, коли жінка соромиться попросити його принести їй задоволення. Деякі пари досить вільні від забобонів та приймають таку пропозицію сексолога. Але найчастішим проявом виявляється стан сум'яття і сорому жінки, і навіть страх знехтування чоловіком, якщо мастурбація проходитиме у його присутності [13].

Оргазм в ході статевого акту, зазначає Каплан, без додаткової стимуляції клітора не завжди легко досягти. Для підтвердження цієї думки вона покликається на дослідження, проведені доктором Фішером, згідно з яким кількість жінок у США, які воліють досягати оргазму тільки в ході регулярних статевих актів, становить близько 1/3-1/2. Навряд чи можна припустити, що іншу частину становлять тільки сексуально пригнічені жінки. У цих випадках йдеться про необхідність більш інтенсивної стимуляції клітора, ніж та, яка відбувається під час коїтусу. Певну частину цієї групи, очевидно, справді складають жінки з функціональними розладами оргастичної реакції, які,

ймовірно, викликані психологічними заборонами і пригніченою сексуальністю [13].

Прийом «міст» (запропоновано Х. С. Каплан). Цей прийом рекомендовано жінкам, які відчують збудження і оргазм під час стимуляції клітора, але не досягають оргазму під час статевого акту. «Сутність прийому «міст» полягає в тому, щоб продовжувати стимуляцію клітора до моменту, що передуює оргазму, після чого рефлекс оргазму повинен бути «запущений» фрикційними рухами в ході статевого акту. Йдеться саме про момент, що передуює оргазму, а не тому, що стає «пусковою точкою» самого оргазму. Таким чином, між стимуляцією клітора і власне коїтусом утворюється свого роду сполучний міст [13].

Стимуляція клітора може здійснюватися як чоловіком, так і самою жінкою. У тих випадках, коли специфічні психологічні перешкоди відсутні, під час початкових спроб здійснення прийому «міст» доцільно запропонувати жінці проводити стимуляцію самостійно. Це чоловіка не втомлює, його збудження наростає, а жінка при цьому має більше можливостей для релаксації та усвідомлення отриманого, оскільки вона сама контролює стимуляцію, і не відчуває побоювання бути знехтуваною [13].

Недостатнє спілкування між партнерами з приводу їхніх сексуальних відносин, очевидно, є фактором, пов'язаним з відсутністю оргазму у жінок [84].

М.Р. McCabe [76] сформулювала питання для вирішення як сексуальних, так і несексуальних аспектів стосунків: «Що мені найбільше подобається в нас як у партнерах, і які це викликає у мене почуття?», «Як я відчуваю відмінності між нами у бажанні сексуального контакту?», «Що я відчуваю, коли ти пестиш мене? Які тілесні відчуття виникають?»

W. Everaerd і J. Dekker [67] провели порівняльне дослідження ефективності сексуальної терапії та навчання комунікативним навичкам за відсутності оргазму. В цьому дослідженні сексуальна терапія складалася з чуттєвого фокусування і сексуально-стимулюючих вправ за заборони на

проведення статевого акту, а комунікативний тренінг містив вправи для активного і пасивного слухання, вербалізації та відображення почуттів, продуктивне управління конфліктами та асертивну поведінку.

У 48 пар застосовувалася або секс-терапія, або «комунікаційна терапія». У лікуванні кожної пари брали участь сексолог чоловічої та жіночої статі. Дослідження виявило, що жіноча сексуальна задоволеність зростала під час використання обох видів лікування, але швидше поліпшення відбулося за секс-терапії. Сексуальна задоволеність чоловіків посилилася під час сексуальної терапії, але зменшилася за комунікаційної. Досвід сексуального взаємодії та оргазмічного досвіду покращився у чоловіків і жінок за секс-терапії, а у жінок - за комунікаційної. Чоловічий досвід сексуальної взаємодії погіршувався за комунікаційної терапії, в той час як чоловічий оргазмічний досвід спочатку збільшився, а потім знову зменшувався. Задоволення загальними стосунками підвищувалася у чоловіків за комунікаційної терапії, а у жінок за секс терапії.

До арсеналу засобів, спрямованих на досягнення оргазму, входить оптимізація/гармонізація міжособистісних стосунків у сексуальній парі (парна психотерапія), а також робота з виявлення та усунення несприятливих психогенних впливів, що знаходяться за межами пари: батьківські впливи, вплив з боку навколишнього середовища.

Також існує досвід використання групової терапії. Проведено порівняння ефективності лікування у форматі пари та у форматі групи, що складається з кількох пар. Стандартизована терапія включала статеве виховання, реструктуризацію відносин і конкретні пропозиції щодо отримання еякуляторного контролю чоловіками і збільшення діапазону оргазмічної відповіді жінками. Формат групи спочатку показав тенденцію до швидшого прогресу, ніж формат пари, але за результатами двомісячного періоду істотних відмінностей виявлено не було. Це дослідження, зазначають автори, демонструє, що лікування у форматі пари є економічно ефективним засобом для лікування загальних сексуальних проблем у чоловіків і жінок [70].

На закінчення слід зазначити, що використання наведених вище рекомендацій, методів і технік може бути корисним для усунення оргастичних проблем.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено вирішення наукової задачі, котра полягала у розробці на основі комплексного дослідження взаємозв'язку відсутності оргазму та самоствавлення у жінок рекомендацій, що можуть бути корисними для усунення оргастичних проблем

1. Аналіз літератури, присвяченої проблемі сексуальності, показав, що більшість дослідників біолого-фізіологічного напрямку дають докладний і великий опис фізіологічних реакцій людей у процесі сексуальної взаємодії, але не враховують супутніх прояву сексуальності суб'єктивних відчуттів.

Наукова сексологія, що виникла в рамках медицини, теж стоїть більше на природничо-наукових позиціях, продиктованих потребами клініки.

Аналіз психологічної літератури, присвяченої темі сексуальності, дозволяє констатувати переважання психоаналітичних поглядів на цю проблему. У вітчизняній психології сексуальність розглядалася лише у руслі дослідження психосексуального розвитку та становлення статевої ідентичності. Всі відомі нам автори, що писали з даної проблематики, роблять висновок про визначальну роль психосексуального розвитку у виникненні сексуальних порушень.

2. Досліджено параметри сексуальної сфери жінок та їх самоствавлення за трьома методиками. Результати кореляційного аналізу доводять, що присутній значимий взаємозв'язок окремих аспектів сексуальної сфери жінок та їх самоствавлення демонструють зміни психологічних якостей, наявність деформацій та потребу психологічних заходів.

3. Проаналізовано результати параметрів сексуальної сфери жінок та їх самоствавлення. Психічний стан жінок, які не отримують оргазм на психофізіологічному рівні, характеризується: значно підвищеним рівнем сексуальної невротичності та тривоги; високим рівнем залучення емоційної активації; зниженою самооцінкою, сексуальною привабливістю, але не сексуальною задоволеністю: показники досить високі.

Особистісний рівень психічного стану у жінок, які не отримують оргазм, характеризується: високою інтенсивністю негативних емоційних переживань; зниженою особистісною активністю; вираженою емоційною напругою, що досягає рівня стресу; амбівалентним ставленням до своїх особистісних властивостей.

Соціально-психологічний рівень психічного стану характеризується стримуванням зовнішніх проявів позитивної емоційної зацікавленості партнером і скутістю еротичних рухів через почуття небезпеки і напруги, пасивною позицією.

4. Висвітлено комплекс практичних і корекційних методів, які можуть використовуватися в консультуванні та психокорекції розладів жіночого оргазму в діяльності психологів-сексологів.. Протягом усієї нашої роботи, по суті, ми говорили про те, як особистість та її особливості впливають на сферу сексуальних стосунків людини. Секс — це експресія любові, в якій найповніше розкриваються всі пласти особистості людини, включаючи найглибші, неусвідомлювані нами. І коли виникає сексуальний зрив, причини його криються в цих глибинах нашої особистості.

Зрештою, проблема сексуальної завершеності — це проблема особистісного зростання, адже здатність отримувати сексуальне задоволення є ознакою зрілості, інтегрованості та здоров'я особистості. У зв'язку з цим, складання індивідуальних програм для психокорекційної роботи з жінками, які звернулися за допомогою з приводу відсутності оргазму, стає одним з головних завдань психолога-сексолога. Не менш важливим є завдання психопрофілактики сексуальних розладів. Тут теж необхідні будуть дані психологічного дослідження особливостей жінок у плані виявлення рівня ризику розвитку сексуальних порушень.

Виявлення таких особливостей дає привід для психологічного консультування самої жінки та її майбутнього чоловіка. Подібна консультація про фізіологічні та психологічні аспекти статевого життя допоможе майбутнім подружжю уникнути негативних наслідків, психологічних травм в інші

періоди сексуального життя та зведе до мінімуму виникнення сексуальних дисгармоній подружжя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айриянц И. Р., Ягубов М. И. Латентные тенденции сексуального влечения у женщин как причина коитальной аноргазмии // Лечащий Врач. 2018, № 10, с. 56–62.
2. Артифексов С.Б., Житловский В.Е., Сидоров П.И., Берне Р. Развитие Я - концепции и воспитание. М.: Прогресс, 1990. 424 с
3. Ботнева И.Л., Васильченко Г.С., Корсунов А.И. Первичное обследование женщин, страдающих сексопатологическими расстройствами (методологические рекомендации). М.: Медицина, 1979. 165 с.
4. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Феноменологический метод в психологии: движение к адаптации в духе позитивизма или к развитию? // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 1. С. 8–27.
5. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь – справочник по психодиагностике – СПб.: Питер Ком, 1999. С. 13.
6. Бурятский Д.Л., Кришталь В.В., Смирнов А.П. Медицинская сексопатология, М.: Медицина, 1990. 288 с.
7. Бухановский А.О., Андреев А.С. Структурно-динамическая иерархия пола человека. Ростов-на-Дону: ФЕНИКС, 1993. 151 с.
8. Буянов Н.И. Женщина глазами психиатра. М.: Медицина, 1986. 146 с.
9. Выготский, Л.С. Психология. - М.: Изд-во Эксмо-Пресс, 2002. - С.
10. Зейгарник Б.В, Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М.: изд-во МГУ, 1980. 157 с.
11. Зинченко Ю.П. Знаково–символическое опосредование сексуальной функции в норме и патологии: Автореф. дис ... док. психол. наук. СПб., 2003. 46 с.
12. Каган В.Е., Исаев Д.Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. Л., Наука, 1979. 219 с.
13. Каплан [Каплан Х.С. (Kaplan Н. S.) Сексуальная терапия. Иллюстрированноеруководство / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. 160 с]
14. Кон И.С. Введение в сексологию. М.: Медицина, 1996. 320 с.

15. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия в сексологической практике: модели интервенций 2013. № 2 (45). С. 84–91.
16. Кочарян Г. С. Глава 3. Разъяснительная и рациональная психотерапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. С. 23–39
17. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи – 2013. – No 3 (46). – С. 76–80.
18. Кочарян Г.С. Современная сексология. – К.: НикаЦентр, 2007. 400 с., Bain J.A. Thought control in everyday life. – New York: Funk & Wagnalls, 1928,
19. Кочарян Г. С. Техника «десенсибилизации и переработки движениями глаз» в лечении больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи 2007. № 3 (22). С. 67–69,
20. Кочарян Г. С. Аутогенная тренировка (лекция) 2011. – No 4 (39). – С. 32–39,
21. Кочарян Г. С. Глава 10. Психоанализ // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. С. 97–102.
22. Кочарян Г. С. Глава 5. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. С. 47–66
23. Кочарян Г. С. Эрогенные стимулы и сексуальность. – Харьков: Изд. Рожко С. Г., 2017. 152 с.
24. Кочарян Г. С. Эрогенные стимулы и сексуальность. Харьков : изд. Рожко С. Г., 2017. 152 с.
25. Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия психогенного расстройства влюбленности, ассоциированного с психогенным расстройством оргазма. Вісник Харківського державного університету. Серія «Психологія, політологія». 1999. № 439. С. 226–229.
26. Кочарян Г.С. Глава 7. Аутогенная тренировка // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. С. 68–85,
27. Кочарян Г.С. Глава 8. Поведенческая психотерапия // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 85–90,

28. Кочарян Г.С. Патогенные детерминанты и негативные последствия мастурбации: мифы и реальность. Современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2006. – № 1. – С. 3–19., очарян Г.С. Современная сексология. – К.: НикаЦентр, 2007. – 400 с.
29. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Х.: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
30. Кочарян Г.С. Клиническая сексология: современные концепты и парадигмы терапевтического сопровождения // Бюллетень науки и практики. Научный журнал. 2016. № 10. С. 124–129.
31. Кочарян Г.С. Физиология и психология оргазма: современные представления. 2015. Т. 54. № 3. С. 16–24.
32. Кришталь В.В. Сексологія: навчальний посібник в 4х ч. / В.В. Кришталь, Є.В. Кришталь, Т.В. Кришталь. — Харків: Фоліо, 2008. — 990 с.
33. Крукс Р., Баур К. Сексуальность. –СПб: прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. –480 с
34. Левитов Н.Б. Психические состояния, беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. - 1969. - №1 . - С. 131 - 137.
35. Лоуэн А. Любовь и оргазм. С.-П.: Университетская книга, 1996. 404с.
36. Лоуэн А. Язык тела. Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. 384с.
37. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер.с англ. – М.: Мир, 1998. 692 с]
38. Мясищев, В.Н. Проблема отношений в психологии индивидуальных различий // Проблемы психологии. Л.: Изд-во ЛГУ, 1948. -С. 56.
39. Нельсон – Джоунс Р. (Nelson –Jones R.) Теория и практика консультирования / Пер. с англ. – СПб: Издательство «Питер», 2000. 464 с,
40. Общая сексопатология. / Под ред. Васильченко Г.С. М.: Медицина, 1991. 365 с.
41. Очарян Г. С. Расстройства оргазма и их лечение. Х. : Вид-во Віровець А.П. «Апостроф», 2012. 328 с.
42. Пантеев С.Р. Методика исследования самоотношения. Москва, Смысл, 1993,
43. Пантеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. Москва, Изд-во МГУ, 199. ,

44. Петухов, В.В. Общая психология. Тексты: - Т.3. - Т.2.: Субъект деятельности. Книга 3. Изд. 2-е, испр. и доп./ Отв. Ред. В.В. Петухов. – М.: УМК "Психология"; Московский психолого-социальный институт, 2013. -С. 607.
45. Полянина, М.А. Представления о внешности в переживаниях молодых женщин с установкой на экстремальную коррекцию черт лица. - Автореф.дис. на соискание учен, степени канд. психолф. наук. – Л., 2011
46. Рожановская З.В., Свядоц А.М. Квопросу об оргазме у женщин // Вопросы сексопатологии. – М.: Медицина, 1969. – С. 128–130.
47. Салихова Н.Р. Контекстуально-уровневый подход к переживанию // Ученые записки Казанского университета. 2011. Т. 153. № 5. С. 78–88.
48. Свядоц А.М. Неврозы. – 3еизд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982. – 368 с, JacobsonE. ProgressiveRelaxation. – Chicago: IL: University of Chicago Press, 1929.
49. Свядоц А.М. Женская сексопатология. СПб.: Питер, 1998. 286 с.
50. Сексопатология. Справочник. / Под ред. Васильченко Г.С. М.: Медицина, 1991. 576 с.
51. Сидоров П.И., Дерягин Г.Б., Соловьев А.Г. Происхождение инцеста, сексуального насилия и проституции в Древнем мире. // Сексология. №2. 2007. С. 29-34.
52. Спиркин, А.Г. Сознание и самосознание.-М.: Политиздат, 1972. - С. 303. Роберте Д.Х., Буш Б. Стационарное лечение больных и лечение боли// Наркология /Под ред. Л.С.Фридмана. - М.: Спб.: БИНОМ - Невский Диалект, 1998. - С. 286 - 297.
53. Столин,В.В. Самосознание линости. - М.: Издательство Московского Университета, 1983. -С. 284.
54. Упражнения Кегеля (Kegel). URL: http://www.medlib.ru/encik/dom_dokt/kegel.php.
55. Фрейд З. По ту сторону принципа наслаждения. // «Я и ОНО». СПб.: Алетейя, 1991.252 с.
56. Ходаков И.М. Наедине с сексопатологом. М.: Медицина, 1998. 115 с.
57. Хорни К. Женская психология. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1993. 220 с Еріксона Е.

58. Чеснокова, И.И. Проблем самосознания в психологии. – М.:Наука, 1977, - С. 144.
59. Шапиро Ф. (Shapiro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз / Основные принципы, протоколы и процедуры:Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 496 с.
60. Шевченко Ю.Г. Развитие коры мозга человека в свете онто-филогенетических соотношений. М.: Медицина, 1972. 225 с.
61. Эриксон Э. Идентичность - юность и кризис. М., «Прогресс», 1996, 344 с.
62. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M.A., Tan E.S.N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы : Коллоквиум, 2016. 371 с.
63. Anorgasmia in women Treatmentsand drugs By Mayo ClinicStaff.
URL:<http://www.mayoclinic.org/diseasesconditions/anorgasmia/basics/treatment/con20033544>
64. Arcos-Romero A.I., Granados M.R., Sierra J.C. Relationship between orgasm experience and sexual excitation: validation of the model of the subjective orgasm experience // International Journal of Impotence Research. 2018. Vol. 30. № 6. DOI: 10.1038/s41443-018-0095-6
65. Arcos-Romero A.I., Sierra J.C. Factorial invariance, differential item functioning, and norms of the Orgasm Rating Scale // International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018. Vol. 19, № 1. P. 5766.DOI: 10.1016/j.ijchp.2018.11.001
66. Basson R., Althof S., Davis S., Fugl Meyer K., Goldstein I., Leiblum S.,Meston C., Rosen R., Wagner G.Summary of recommendations on sexualdysfunction in women // Journal ofSexual Medicine. – 2004. – 1 (1). –P. 24–34.,
67. Everaerd W., Dekker J. A comparison of sex therapy and communicationtherapy: couples complaining of orgasmic dysfunction // J Sex Marital Ther.– 1981. – 7 (4). 278–289
68. Fisher S. The Female Orgasm:Psychology, Physiology, Fantasy. – NewYork: Basic Books, 1973. – 533 p.
69. Gallup G. G. Jr., Ampel B. C., Wedberg N., Pogosjan A. Do orgasms give women feedback about mate choice? // Evol Psychol. 2014, Nov 6; 12 (5): 958–978.

70. Golden J.S., Price S., Heinrich A.G., Lobitz W.C. Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions // Arch Sex Behav. – 1978. – 7 (6). P. 593–602.
71. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis. – Vol. I. – New York, NY: International Universities Press, 1986. 411 p. L. XXV
72. Hak W.W., Bokarius A., Jeffrey J.K., Davis M.C., Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: A literature review of etiology and current treatments // Journal of Sexual Medicine. – 2010. – 7 (10). – P. 3254–3268.
73. Kuile M.M., Both S., Lankveld J.J.D.M. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women // Psychiatric Clinics of North America. – 2010. – 33. P. 595–610.
74. Láng A., Cooper E.B., Meskó N. The Relationship Between Dimensions of Adult Attachment and Motivation for Faking Orgasm in Women // The Journal of Sex Research. 2018. Vol. 55. P. 1–20. DOI: 10.1080/00224499.2018.1525333;
75. McCabe M.P. Anorgasmia in Women // Journal of Family Psychotherapy. – 2009. – 20 (2–3). P. 177–197
76. McCabe M.P. Anorgasmia in women // K.M. Hertlein, G.R. Weeks, N. Gambescia (Eds.). Systemic sex therapy. – New York: Routledge, 2009. – P. 212–235.
77. McCabe M.P. Anorgasmia in Women // Journal of Family Psychotherapy. – 2009. – 20 (23): Systemic Sex Therapy. – P. 177–197. 28. McCabe M.P. Anorgasmia in women // K.M. Hertlein, G.R. Weeks, N. Gambescia (Eds.). Systemic sex therapy. – New York: Routledge, 2009. – P. 212–235.
78. Orgasmic dysfunction. URL: <http://www.healthline.com/health/orgasmicdysfunction> Overview 1 Orgasmic dysfunction. – URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/001953.htm>
79. Orgasmic dysfunction. URL: <http://www.healthline.com/health/orgasmicdysfunction#Overview1>. 33. Orgasmic dysfunction. – URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/001953.htm>
80. Penner J.J., Penner C.L. Counseling for sexual disorders (2nd ed.). – Dallas: Word Publishing, 2005. – 334 p.
81. Phillips N. A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment // Am Fam Physician. – 2000. – 62 (1). – P. 127–136.

82. Reich W. The function of the orgasm. N.Y., Orgon Institution press, 1942. 234 p.
83. Rowland D., Cempell, Tempel A. Women's Attributions Regarding Why They Have Difficulty Reaching Orgasm // J. Sex Marital Ther. 2018. Accepted author version posted online: 03 Jan 2018
84. Treatment of female orgasmic disorder. – URL: [http: //fx.damasgate.com/ treatmentoffemaleorgasmicdisorder/](http://fx.damasgate.com/treatmentoffemaleorgasmicdisorder/).
85. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford University Press, 1958.60. Wolpe J. The Practice of Behaviour Therapy (3rd ed.). – Oxford: Pergamon Press, 1982

ДОДАТКИ

Зведені результати досліджуваних (С.Р. Пантелєєв)

«Методика дослідження самоствавлення»

ши фр	Відкриті сть	самовпевне ність	Самокерівн ицтво	Дзеркал ьне я	самоцінн ість	самоприйн яття	Самоприв'яза ність	конфліктн ість	Самозвинува чення
1-	8	3	6	8	9	10	8	5	6
2-	8	8	8	8	5	10	10	5	1
3-	2	4	9	6	5	7	8	5	7
4-	8	7	8	1	7	5	1	5	6
5-	3	7	8	1	5	10	8	5	8
6-	6	3	6	1	7	5	1	5	7
7-	2	8	8	1	7	10	9	5	8
8-	2	7	8	8	5	7	10	2	7
9-	2	7	6	1	5	9	6	5	7
10-	8	8	7	8	5	10	8	5	6
11-	6	4	6	6	9	7	1	5	6
12-	8	8	7	6	5	10	9	7	6
13-	7	7	6	8	7	9	6	2	6
14-	8	3	9	1	7	5	1	7	8
15-	8	3	6	8	5	5	1	5	8
16-	8	5	6	6	7	7	6	7	7
17-	3	3	8	6	7	6	1	7	1
18-	6	4	8	8	5	7	8	5	7
19-	8	7	7	1	9	5	8	5	8
20-	8	4	8	1	7	7	6	5	1
21-	8	4	1	8	7	10	7	5	1
22-	6	5	6	6	5	7	10	2	8
23-	3	7	8	6	5	10	8	5	8
24-	8	4	8	8	9	9	8	5	1
25-	2	5	6	8	5	5	8	5	6
26-	2	1	6	1	9	7	1	7	8
27-	7	3	6	8	9	10	8	5	6
28-	8	1	8	1	7	5	1	5	6
29-	6	3	6	1	7	5	1	5	8
30-	2	8	9	8	5	8	10	2	8
1	8	7	8	6	9	6	7	5	8
2	8	5	8	6	5	7	8	2	6
3	6	4	8	8	7	5	1	5	6
4	8	7	8	8	5	9	6	5	6
5	7	5	8	6	5	7	6	5	6
6	3	7	1	8	9	5	6	7	8
7	7	6	8	6	9	7	8	5	1
8	8	6	6	1	9	7	6	2	8

9	8	7	6	6	5	8	6	5	7
10	6	4	6	8	9	7	6	5	6
11	6	5	6	6	9	9	7	2	6
12	7	4	5	6	5	8	8	2	8
13	8	7	6	8	9	9	7	5	7
14	7	6	8	8	5	9	6	5	6
15	7	7	7	8	5	7	7	5	1
16	6	3	7	1	1	1	1	5	8
17	2	5	8	1	9	5	8	5	7
18	8	7	6	8	9	7	6	2	7
19	7	7	8	6	7	7	8	5	6
20	7	7	6	8	5	9	8	5	8
21	6	5	6	8	5	7	8	2	1
22	6	5	6	6	7	6	7	2	3
23	7	7	8	6	5	6	6	5	6
24	8	5	7	1	7	7	10	5	1
25	2	5	8	8	7	5	8	5	6
26	8	7	6	6	9	7	10	2	8
27	7	4	8	6	5	8	8	5	8
28	7	7	6	8	9	9	8	5	6
29	2	5	6	6	9	9	9	5	3
30	8	5	8	8	9	7	10	7	1

Зведені результати досліджуваних (Г.Айзенк)

«Опитувальник установок до сексу»

ши фр	Дозвол еність	Реалізо ваність	невротич ність	Знеосо блений секс	Порно графія	Сором'яз ливість	Цнотл ивість	Від раза до секс у	збудл ивість	Физи чний секс	Агрес ивний секс	Ліб ідо	Задово леність	Маскул инність – Фемини нність
1-	10	3	6	2	6	2	5	0	6	0	4	16	4	14
2-	12	5	4	0	8	3	3	4	7	12	2	12	16	16
3-	13	6	7	0	4	2	7	4	0	6	4	8	12	8
4-	10	7	9	4	2	6	6	4	0	4	4	22	4	10
5-	12	5	4	4	8	5	0	6	4	8	0	28	12	18
6-	11	0	6	0	0	4	4	6	4	4	0	14	0	14
7-	8	4	2	0	6	2	4	0	8	4	0	16	4	8
8-	12	8	4	0	4	1	4	0	5	8	4	12	8	12
9-	10	2	3	0	8	0	6	0	7	8	4	12	8	16
10-	11	6	4	6	5	2	4	5	4	8	4	12	6	10
11-	12	0	8	0	4	5	4	7	3	6	0	16	4	16
12-	8	5	6	0	8	4	5	4	4	4	4	16	12	20
13-	8	2	8	3	6	6	4	5	6	6	2	26	0	14
14-	12	7	9	0	8	4	3	0	5	8	0	18	12	10
15-	6	5	9	0	6	2	2	8	6	6	0	18	2	14
16-	10	6	8	8	4	6	3	0	0	6	0	24	2	10
17-	6	8	9	0	8	6	0	0	8	4	4	8	12	16
18-	4	2	4	0	6	6	4	4	6	2	4	14	6	14
19-	12	4	6	0	6	5	2	4	6	6	2	16	8	16
20-	11	6	4	4	2	1	8	2	4	0	2	10	4	14
21-	12	12	3	0	4	2	2	4	6	6	0	18	14	8
22-	13	5	9	0	8	3	0	0	8	8	4	26	6	18
23-	12	8	4	0	8	4	0	8	4	4	4	18	16	20
24-	6	7	4	2	7	0	5	6	2	6	0	20	10	16
25-	6	5	6	0	8	3	0	0	4	10	4	22	16	16
26-	10	0	8	0	2	4	4	4	5	4	4	20	4	14
27-	11	0	9	2	6	2	6	0	6	0	4	20	4	14
28-	10	8	9	4	2	6	6	4	0	4	4	22	4	10
29-	12	0	6	0	0	4	4	6	4	4	0	14	0	14
30-	12	8	9	0	4	0	4	0	6	8	4	12	8	12
1	10	12	0	0	6	0	2	6	8	10	4	8	16	10
2	8	8	0	0	8	0	0	2	4	8	4	18	16	22
3	10	8	0	4	8	0	0	4	6	4	2	12	12	14
4	8	12	4	0	7	4	0	4	4	6	4	18	16	12
5	8	4	4	0	6	2	4	8	6	8	4	28	8	10
6	12	4	4	0	6	0	0	6	3	4	4	24	16	14
7	12	8	0	0	8	0	0	0	8	12	4	20	16	16
8	12	6	0	0	7	0	0	2	4	12	4	18	12	12
9	12	11	4	0	8	0	4	4	4	12	4	16	16	12
10	12	8	0	2	6	0	0	4	8	8	4	16	12	14
11	12	8	4	0	8	4	6	4	9	4	0	20	12	12

12	10	12	0	0	4	0	4	6	4	8	4	8	14	18
13	12	8	0	3	6	0	0	8	5	6	4	18	12	14
14	12	11	4	4	6	0	0	0	6	2	4	16	16	14
15	12	10	0	0	8	0	4	4	8	12	2	14	16	16
16	10	8	6	2	4	4	4	4	4	6	4	14	12	10
17	10	2	6	0	6	5	2	2	6	4	2	14	4	14
18	6	6	0	2	4	0	4	4	8	8	2	8	16	10
19	12	10	0	4	4	0	4	0	8	4	4	8	16	8
20	12	10	4	0	9	0	0	0	4	8	4	16	16	12
21	12	6	0	0	8	0	0	0	9	12	0	8	14	10
22	10	6	2	0	7	0	2	2	4	8	0	10	12	8
23	8	8	0	1	8	0	4	0	3	8	0	8	16	12
24	10	8	0	3	6	0	0	6	4	4	4	18	12	22
25	6	10	0	0	6	0	4	4	4	4	4	12	16	12
26	10	12	0	2	4	0	4	4	4	8	2	14	16	10
27	6	8	0	0	8	0	4	2	4	8	4	6	16	12
28	12	11	0	0	8	0	0	4	4	8	4	22	16	12
29	8	8	4	0	2	5	4	8	2	8	0	8	16	4
30	12	10	0	0	8	0	0	0	9	8	4	29	16	16

Зведені результати досліджуваних (К.К.Яхін, Д.М.Менделевич)

«Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів»

шифр	тревоги	невротической депрессии	астении	истерического типа реагирования	обсессивно-фобических нарушений	вегетативных нарушений
1-	0,4	-2,43	-1,36	-1,49	0,07	-2,27
2-	-2,12	0,05	1,17	-0,84	0,92	0,76
3-	0,53	-1,19	0,94	0,75	-1,84	0,17
4-	0,53	-2,53	-2,67	-1,44	-0,38	-0,9
5-	-3,7	-2,17	-3,05	-1,78	-2,1	3,53
6-	-2,06	1,16	1,74	-0,26	-2,73	0,94
7-	1,31	2,07	0,38	2,24	-0,5	-3,17
8-	0,93	0,05	0	-1,54	0,92	0,83
9-	-1,2	0,52	-2,98	-4,55	-2,73	-6,57
10-	-0,45	-2,53	0,38	-0,73	1,92	0,47
11-	-0,77	0,72	1,74	-2,63	-1,34	-2,21
12-	-1,21	-0,97	0,85	-1,65	-0,7	-0,07
13-	-2,81	1,51	1,91	-1,01	-3,48	0,58
14-	-0,03	0,96	-2,92	-0,5	0,29	-3,16
15-	-1,56	-288	-1,3	-3,88	0,17	-1,29
16-	0,77	0,72	0,76	-0,34	-2,73	-0,27
17-	0,53	-1,32	-1,62	1,11	0,92	0,16
18-	-1,31	-0,84	-2,54	-0,61	0,92	0,45
19-	0,77	0,48	1,91	-1,39	-0,57	-0,89
20-	-1,21	-1,19	-0,86	1,55	1,92	-1,37
21-	1	-2,78	-0,37	-1,49	0,39	0,92
22-	0,46	-2,78	0,76	0,06	1,6	-0,72
23-	0,77	-0,84	0,76	-1,85	1,92	-1,85
24-	-1,21	1,58	0	0,67	0,92	0,54
25-	-1,31	-1,76	-1,36	-1,86	0,29	-2,28
26-	-1,21	-0,9	-1,73	-4,02	0,25	-4,01
27-	0,4	-2,43	-1,36	-1,49	0,07	-2,27
28-	0,53	-2,53	-2,67	-1,44	-0,38	-0,9
29-	-2,06	1,16	1,74	-0,26	-2,73	0,94
30-	0,93	0,05	0	-1,54	0,92	0,83
1	2,12	-0,64	-0,24	1,63	1,25	2,33
2	1,68	1,51	0,94	2,58	0,6	0,52
3	1	-0,64	1,12	0,4	-0,72	-3,59
4	-0,65	1,58	0,29	0,04	-0,28	1,15
5	-0,45	-1,63	-0,42	-0,11	-1,89	-2,7
6	1,59	1,56	-1,55	4,55	-4	3,45
7	2,94	-1,74	1,12	0,79	0,39	3,14
8	1,82	-0,77	1,56	-1,73	0,6	6,37
9	1,08	1,72	1,12	-0,41	-1,67	1,04
10	2,12	-1,63	0,94	-2,29	-1,4	1,07
11	1,44	0,97	1,56	2,75	0,92	0,22
12	-1,22	0,2	-0,42	3,33	0,92	-4,65
13	2,12	0,2	0,81	-0,91	0,6	2,12
14	1,44	-0,59	-0,06	4,37	3,1	-1,39

15	2,12	0,05	1,17	-0,84	0,92	0,76
16	1,44	-2,91	-2,54	3,42	-1,48	-0,79
17	-0,65	-1,32	-1,36	-2,98	0,29	-2,86
18	0,95	-3,86	-1,74	2,33	1,25	0,87
19	1,44	-1,74	2,3	2,54	1,92	1,18
20	0,9	-1,39	1,91	0,8	0,92	2,18
21	-0,14	-0,77	1,91	2,89	1,92	0,78
22	-1,14	1,12	0,06	-2,01	2,73	1,11
23	1,59	-2,4	0,76	3,01	-1,5	3,92
24	0,53	-0,57	0	-0,61	0,92	1,3
25	1,21	-0,99	1,91	0	0,25	1,52
26	1,68	1,31	1,91	1,11	0,92	1,01
27	2,81	0,96	-0,8	-0,23	3,11	4,62
28	-0,14	-2,33	-1,6	2,11	0,25	-1,7
29	1,44	-2,43	0,76	-0,98	1,25	-0,15
30	0,4	-1,9	0,56	1,59	0,07	0,8

Зведені результати Інтерв'ю

шифр	заміжня/ні	відчували оргазм	скарги	вік	освіта	зайнятість
1-	+	?	є	33	Вища	Працюю
2-	-	-	є	35	Вища	Тимчасово не працюю
3-	+	+	є	21	Вища	Тимчасово не працюю
4-	-	+	є	24	Вища	Тимчасово не працюю
5-	-	-	є	23	Вища	Тимчасово не працюю
6-	+	+	є	24	Вища	Працюю
7-	+	-	є	21	Вища	Працюю
8-	+	+	є	22	Вища	Працюю
9-	+	?	є	25	Вища	Працюю
10-	+	-	є	24	Вища	Працюю
11-	+	+	є	23	Вища	Працюю
12-	-	-	є	27	Вища	Тимчасово не працюю
13-	-	+	є	31	Вища	Працюю
14-	-	-	є	27	Вища	Працюю
15-	-	-	є	35	Вища	Тимчасово не працюю
16-	-	+	є	29	Вища	Працюю
17-	-	-	є	27	Вища	Тимчасово не працюю
18-	+	+	є	26	Вища	Тимчасово не працюю
19-	-	?	є	21	Вища	Тимчасово не працюю
20-	+	?	є	21	Вища	Тимчасово не працюю
21-	-	+	є	29	Вища	Працюю
22-	+	-	є	25	Вища	Працюю
23-	+	+	є	29	Вища	Працюю
24-	-	?	є	36	Вища	Працюю
25-	+	-	є	26	Вища	Працюю
26-	-	-	є	23	Вища	Тимчасово не працюю
27-	+	?	є	33	Вища	Працюю
28-	-	+	є	24	Вища	Тимчасово не працюю
29-	+	+	є	24	Вища	Працюю
30-	+	+	є	22	Вища	Працюю
1	+	+	ні	27	Вища	Працюю
2	-	+	ні	31	Вища	Працюю
3	-	+	ні	21	Вища	Працюю
4	-	+	ні	30	Вища	Працюю
5	-	+	ні	26	Вища	Працюю
6	-	+	ні	21	Вища	Працюю
7	-	+	ні	29	Вища	Працюю
8	-	+	ні	33	Вища	Працюю
9	+	+	ні	30	Вища	Працюю
10	+	+	ні	24	Вища	Працюю
11	-	+	ні	26	Вища	Працюю
12	-	+	ні	28	Вища	Працюю
13	+	+	ні	29	Вища	Працюю
14	+	+	ні	24	Вища	Працюю
15	-	+	ні	35	Вища	Тимчасово не працюю
16	-	+	ні	25	Вища	Працюю
17	+	+	ні	24	Вища	Працюю
18	+	+	ні	28	Вища	Працюю
19	+	+	ні	23	Вища	Працюю
20	+	+	ні	37	Вища	Працюю
21	+	+	ні	38	Вища	Працюю

22	-	+	ні	38	Вища	Працюю
23	+	+	ні	45	Вища	Працюю
24	-	+	ні	29	Вища	Працюю
25	+	+	ні	33	Вища	Працюю
26	+	+	ні	45	Вища	Працюю
27	-	+	ні	22	Вища	Працюю
28	-	+	ні	29	Вища	Працюю
29	+	+	ні	38	Вища	Працюю
30	+	+	ні	25	Вища	Працюю

Статистичний аналіз, U-критерій Манна-Уїтні

«Опитувальник установок до сексу» Г.Айзенк

	Сум.ранг	Сум.ранг	U	Z	p-уров.	Z	p-уров.	N	N	2-х стор
Дозволеність	913,500	916,500	448,5000	- 0,01478	0,988204	- 0,01542	0,987697	30	30	0,982441
Реалізованість	621,000	1209,000	156,0000	- 4,33923	0,000014	- 4,39371	0,000011	30	30	0,000005
Сексуальна невротичність	1280,500	549,500	84,5000	5,39632	0,000000	5,55281	0,000000	30	30	0,000000
Знеособлений секс	934,000	896,000	431,0000	0,27351	0,784460	0,32677	0,743840	30	30	0,786011
Порнографія	795,500	1034,500	330,5000	- 1,75935	0,078520	- 1,81736	0,069163	30	30	0,077179
Сексуальна соромязливість	1221,500	608,500	143,5000	4,52403	0,000006	4,76441	0,000002	30	30	0,000002
Цнотливість	1092,500	737,500	272,5000	2,61684	0,008875	2,73216	0,006292	30	30	0,008008
Огида до сексу	900,500	929,500	435,5000	- 0,20698	0,836024	- 0,21437	0,830256	30	30	0,831500
Сексуальна збудливість	859,000	971,000	394,0000	- 0,82054	0,411911	- 0,84403	0,398652	30	30	0,414675
Фізичний секс	756,500	1073,500	291,5000	- 2,33594	0,019495	- 2,41332	0,015808	30	30	0,018332
Агресивний секс	840,000	990,000	375,0000	- 1,10144	0,270706	- 1,25913	0,207985	30	30	0,272894
Сексуальне лібидо	1009,000	821,000	356,0000	1,38234	0,166867	1,39216	0,163873	30	30	0,168055
Сексуальна задоволеність	584,000	1246,000	119,0000	- 4,88625	0,000001	- 5,03217	0,000000	30	30	0,000000
Маскулінність – Фемінність	1006,500	823,500	358,5000	1,34538	0,178503	1,36821	0,171247	30	30	0,177428

Статистичний аналіз, U-критерій Манна-Уїтні

«Опитувальник установок до сексу» Г.Айзенк

	Сум.ранг	Сум.ранг	U	Z	p-уров.	Z	p-уров.	N	N	2-х стор
Дозволеність	1458,000	372,0000	281,0000	0,43064	0,666729	0,44916	0,653319	47	13	0,670366
Реалізованість	1529,000	301,0000	210,0000	1,70462	0,088265	1,72603	0,084344	47	13	0,088398
Сексуальна невротичність	1282,500	547,5000	154,5000	- 2,70048	0,006924	- 2,77880	0,005456	47	13	0,005709
Знеособлений секс	1425,500	404,5000	297,5000	- 0,13458	0,892948	- 0,16078	0,872265	47	13	0,887247
Порнографія	1467,000	363,0000	272,0000	0,59213	0,553762	0,61166	0,540765	47	13	0,558111
Сексуальна соромязливість	1257,500	572,5000	129,5000	- 3,14907	0,001638	- 3,31639	0,000912	47	13	0,001092
Цнотливість	1336,500	493,5000	208,5000	- 1,73154	0,083357	- 1,80784	0,070632	47	13	0,081735
Огида до сексу	1380,000	450,0000	252,0000	- 0,95100	0,341605	- 0,98496	0,324644	47	13	0,345839
Сексуальна збудливість	1455,000	375,0000	284,0000	0,37681	0,706314	0,38760	0,698311	47	13	0,709613
Фізичний секс	1355,750	474,2500	238,6111	- 1,38962	0,386275	- 1,45211	0,374505	47	13	0,132954
Агресивний секс	1347,100	482,9000	239,9111	- 1,54393	0,389274	- 1,61199	0,377170	47	13	0,957599
Сексуальне лібидо	1338,450	491,5500	241,2111	- 1,69824	0,392272	- 1,77187	0,379834	47	13	1,000000
Сексуальна задоволеність	1329,800	500,2000	242,5111	- 1,85256	0,395271	- 1,93176	0,382498	47	13	0,085015
Маскулінність – Фемінність	1351,500	478,5000	223,5000	- 1,46239	0,143636	- 1,48720	0,136962	47	13	0,142616

Статистичний аналіз, U-критерій Манна-Уїтні

«Опитувальник установок до сексу» Г.Айзенк

	Сум.ранг	Сум.ранг	U	Z	p-уров.	Z	p-уров.	N	N	2-х стор
Відкритість	1399,500	430,5000	271,5000	- 0,60110	0,547771	- 0,62505	0,531937	47	13	0,546211
Самовпевненість	1467,500	362,5000	271,5000	0,60110	0,547771	0,61653	0,537548	47	13	0,546211
Саморуководство	1330,000	500,0000	202,0000	- 1,84817	0,064578	- 1,98022	0,047679	47	13	0,064101
Дзеркальне Я	1513,500	316,5000	225,5000	1,42650	0,153725	1,52478	0,127314	47	13	0,152793
Самоцінність	1499,500	330,5000	239,5000	1,17529	0,239878	1,24895	0,211683	47	13	0,239471
Самоприйняття	1479,000	351,0000	260,0000	0,80745	0,419406	0,82991	0,406593	47	13	0,423954
Самопривязаність	1483,500	346,5000	255,5000	0,88820	0,374434	0,91408	0,360677	47	13	0,374018
Конфліктність	1329,000	501,0000	201,0000	- 1,86612	0,062026	- 2,27724	0,022772	47	13	0,061485
Самозвинувачення	1459,500	370,5000	279,5000	0,45756	0,647271	0,47525	0,634608	47	13	0,644673

Статистичний аналіз, U-критерій Манна-Уїтні

«Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів»

К.К.Яхін, Д.М.Менделевич

	Сум.ранг	Сум.ранг	U	Z	p-уров.	Z	p-уров.	N	N	2-х стор
Тривоги	613,0000	1217,000	148,0000	- 4,45750	0,000008	- 4,46228	0,000008	30	30	0,000003
Невротичної депресії	882,5000	947,500	417,5000	- 0,47310	0,636141	- 0,47331	0,635991	30	30	0,633267
Астенії	790,0000	1040,000	325,0000	- 1,84066	0,065672	- 1,84304	0,065324	30	30	0,065399
Істеричного типу реагування	665,5000	1164,500	200,5000	- 3,68132	0,000232	- 3,68183	0,000232	30	30	0,000143
Обсесивно-фобичних порушень	802,5000	1027,500	337,5000	- 1,65586	0,097752	- 1,66369	0,096176	30	30	0,096464
Вегетативних порушень	701,5000	1128,500	236,5000	- 3,14908	0,001638	- 3,14930	0,001637	30	30	0,001292

Статистичний аналіз, U-критерій Манна-Уїтні

«Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів»

К.К.Яхін, Д.М.Менделевич

	Сум.ранг	Сум.ранг	U	Z	p-уров.	Z	p-уров.	N	N	2-х стор
Тривоги	1567,500	262,5000	171,5000	2,395446	0,016601	2,398013	0,016485	47	13	0,014910
Невротичної депресії	1525,000	305,0000	214,0000	1,632851	0,102501	1,633577	0,102349	47	13	0,102997
Астенії	1526,000	304,0000	213,0000	1,650794	0,098782	1,652931	0,098346	47	13	0,099184
Істеричного типу реагування	1538,000	292,0000	201,0000	1,866115	0,062026	1,866374	0,061990	47	13	0,061485
Обсесивно-фобичних порушень	1465,000	365,0000	274,0000	0,556246	0,578043	0,558876	0,576246	47	13	0,582275
Вегетативних порушень	1504,000	326,0000	235,0000	1,256039	0,209103	1,256126	0,209071	47	13	0,211846

Коефіцієнт кореляції рангу Спірмена

	Самоцінність	Самоприйняття	Самопривязаність	Конфліктність	Самозвинувачення
Дозволеність	0,064210	0,132756	0,115615	-0,065796	0,098791
Реалізованість	-0,092309	0,085463	0,159494	-0,116559	-0,161453
Сексуальна невротичність	-0,107784	-0,126155	-0,268968	0,252291	0,197633
Знеособлений секс	0,108123	0,065082	-0,176095	0,029795	-0,171055
Порнографія	-0,237142	0,216691	0,219880	0,051364	-0,140323
Сексуальна соромязливість	-0,027986	-0,075535	-0,236579	0,269528	0,080512
Цнотливість	-0,011175	0,088525	-0,084102	-0,044871	-0,021966
Огида до сексу	0,112922	0,007853	-0,198192	0,024723	0,105095
Сексуальна збудливість	0,097192	0,115389	0,150438	-0,142215	-0,122011
Фізичний секс	-0,200189	0,044463	0,221080	-0,320298	0,013686
Агресивний секс	-0,168096	0,072671	0,176569	0,083375	0,092938
Сексуальне лібидо	0,193289	0,090755	-0,075279	0,205416	0,009417
Сексуальна задоволеність	-0,105062	0,118820	0,299231	-0,029891	-0,156396
Маскулінність – Фемінність	-0,074544	0,098818	0,149720	0,113326	-0,078011