

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

**Когнітивно-поведінкова терапія
психогенної ерективної дисфункції**

Сергій Томчук

Львів – 2014

Зміст

Вступ.....	3
1. Специфіка обстеження та діагностичні критерії ерективної дисфункції.....	4
2. Загальний опис випадку клієнта.....	6
3. Розуміння походження ерективної дисфункції: інтеграція досліджень з сексології та моделі когнітивно-поведінкової терапії.....	19
4. Побудова формулювання на прикладі випадку клієнта.....	10
5. Планування, перебіг та результати терапії.....	27
Рефлексія та висновки до дипломної роботи	35
Література	38
Додатки	39

Вступ

Надання допомоги людям з сексуальними дисфункціями на сьогоднішній день є дуже актуальною проблемою, що не може обмежено вирішуватись лише психологічними, фармакологічними чи хірургічними втручаннями. Так само медичний підхід без врахування психологічних передумов виникнення та розвитку подібних дисфункцій не буде мати гарного результату. Генеза проблеми порушення ерекції у чоловіків, як і інших сексуальних дисфункцій потребують належного мультимодального вивчення і біологічних, і психологічних, і соціальних чинників.

Американськими дослідниками з NHSLS (Laumann, Gagnon et al., 1994) у своєму опитуванні виявили у 10% чоловіків проблеми з ерективною функцією шляхом анонімного опитування. А результати останнього масштабного дослідження (Laumann et al., 1999) вказують на наявність сексуальних дисфункцій у понад 31% чоловіків, що перевищує по розповсюдженості тривожні, афективні розлади та розлади, пов'язані із зловживанням психоактивними речовинами. Вище зазначене підкреслює наукове та практичне значення проблеми, а також необхідність вивчення ефективних шляхів надання допомоги подібним пацієнтам.

Значна кількість експериментальних досліджень також вказують на наявність домінуючої психогенної складової у розвитку ерективної дисфункції, а тому остання потребує не стільки медичних, але психотерапевтичних втручань (Masters & Johnson, 1970; Wincze & Carey, 1991; McConaghy, 1993).

Психологічні інтервенції розроблені за останні кілька десятиліть в межах когнітивно-поведінкової терапії мають найбільшу емпіричну основу у подоланні сексуальних дисфункцій у порівнянні з іншими напрямками психотерапії. Когнітивно-поведінкова психотерапія ерективної дисфункції може бути ефективним самостійним втручанням або обов'язковим доповненням до медикаментозного втручання (Barlow, 2000).

Ціллю даної дипломної роботи є розкриття когнітивно-поведінкового підходу у поясненні походження та розвитку ерективної дисфункції у чоловіків,

а також ефективних психотерапевтичних втручань шляхом опису конкретного випадку роботи з клієнтом та аналізу існуючих досліджень і практичних розробок.

1. Специфіка обстеження та діагностичні критерії ерективної дисфункції

У літературі наявні кілька понять, які описують одне і те ж за своїм змістом явище: «ерективний розлад», «ерективна дисфункція», «порушення ерекції» «імпотенція». Останнє є досить стигматизуючим та має здатність посилювати відчуття безнадії у клієнтів.

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

Загальними діагностичними критеріями (F52) для виявлення ерективної дисфункції є:

1. Нездатність брати участі в сексуальних стосунках у відповідності до своїх бажань.
2. Дисфункція проявляється часто, але у деяких ситуаціях може бути невиявленою.
3. Дисфункція присутня у продовж щонайменше шість місяців.
4. Дисфункція не може бути пояснена іншими психічними чи поведінковими розладами описаними у розділі 5 МКХ-10, або соматичним розладом, або прийомом яких-небудь лікарських препаратів.

Четвертий пункт у загальних критеріях має, на нашу думку, особливе значення, оскільки сексуальна реакція являє собою психосоматичний процес. Проведений нами аналіз літератури, вказує на необхідність врахування наступних підстав у генезі ерективної дисфункції:

- Психічних та поведінкових розладів: особливо афективних розладів, розладів викликаних вживанням психоактивних речовин, шизофренія;
- Соматичних хвороб: анатомічні дефекти, вроджені аномалії, цукровий діабет, інші ендокринні захворювання, урологічні захворювання, неврологічні захворювання, судинні захворювання.
- Вживання ліків: антидепресанти (прозак, золофт, паксил), гіпотензивні засоби, антипсихотичні ліки, сечогінні препарати (Finger, Lund & Slagle, 1997; Cheng et al.) тощо.

Вище зазначені передумови можуть впливати, як окремо, так і у поєднанні з психологічними факторами розвитку ерективної дисфункції. І навпаки, психогенні передумови будучи часто основним чинником розвитку даного розладу, можуть бути єдиним фактором, а можуть впливати і у поєднанні з вищезазначеними. Все це вимагає залучення мультідисциплінарної команди фахівців на діагностичному етапі терапії.

Специфічними діагностичними критеріями для F52.2 (відсутність генітальної реакції) у випадку ерективної дисфункції для чоловіків є наступний: при намірах здійснити статевий акт не вдається досягнути ерекції, достатньої для його здійснення.

Дисфункція проявляється у одній із наступних форм:

1. Повна ерекція виникає на ранніх стадіях статевих стосунків, але зникає чи знижується при спробі здійснити коїтус (до еяколяції, якщо вона відбувається);
2. Ерекція виникає, але тільки у ситуаціях, коли не передбачається статевий акт;
3. Виникає лише часткова ерекція, яка недостатня для здійснення статевого акту, але повна ерекція не досягається;
4. Не спостерігається навіть набухання статевого члена.

2. Загальний опис випадку клієнта

Резюме випадку

Клієнт: *Дмитро, 23 роки, не одружений, займається власним бізнесом.*

Основний діагноз: психогенна ерективна дисфункція.

Супутні симптоми: легка депресія (BDI), середній рівень тривоги (BAI)

Стислий опис перебігу терапії та її результату: *КПТ тривало у продовж 10 сесій: перших 2 тижні з частотою у 2 рази на тиждень, далі один раз на тиждень, згодом раз на 2 тижні. Під час терапії найбільш вдалими виявились наступні методи та техніки КПТ: сократівські діалоги з метою декатастрофізації; поведінкові експерименти, побудова нової моделі поведінки у сексуальних стосунках та її закріплення, специфічні підходи у роботі з проблемою: «фокусування на відчуттях» та ін... За 10 психотерапевтичних сесій досягнуто повної нормалізації ерективної дисфункції пацієнта, а прояви зниженого настрою та тривоги нормалізувались. На сьогоднішній день психотерапію завершено.*

Опис випадку

(основних скарг, первинного запиту, історії розвитку хвороби, передумов розвитку, результатів психодіагностики, діагнозу)

Клієнт Дмитро, займається бізнесом у сфері торгівлі, захоплюється боді-білдінгом, веде здоровий спосіб життя, слідкує за своїм харчуванням, зовнішністю (останні характеристики не пов'язані із жодним психічним розладом і за результатом клінічного опитування проявляються в межах норми).

На момент звернення Дмитро мав у продовж майже 6-ти місяців виражене емоційне напруження у зв'язку з порушенням ерекції на основі своїх психічних переживань. За цей час звертався до урологів, які не виявили жодних проблем і спрямували його до психотерапевтів. На першій консультації було з'ясовано такі особливості прояву ерективної дисфункції:

- Повна ерекція виникає у клієнта на ранніх етапах статевих стосунків, але знижується або зникає при спробі здійснити введення статевого органу у піхву партнерки.

- Ерекція проявляється нормально, коли обставини вказують на неможливість статевого акту.
- Статевий акт може відбутись у зв'язку із використанням клієнтом специфічних «заходів безпеки», про особливості та зміст яких буде вказано у наступному підрозділі.
- У клієнта наявна мимовільна денна ерекція та нічна.
- Дисфункція не пов'язана із проблемою сексуальної привабливості постійної партнерки.
- У клієнта не виявлено зниження чи втрати статевого потягу, або ж відрази до статевого акту.

Виходячи із вище зазначеного та діагностичних критеріїв за МКХ-10 та ІДК-10, мною, як психологом, було висунуто припущення про наявність у клієнта ерективного розладу (F52.2) не органічної та не інволюційної природи.

На психогенність факторів розвитку проблеми вказували також стани тривоги та страху клієнта в ситуаціях очікування статевих стосунків.

Запит клієнта на психотерапію стосувався лише його ерективної дисфункції і додаткових скарг, які можна було б включити до списку проблем у діагностичному формулюванні, виявлено не було. Враховуючи специфічність проблеми клієнта з метою діагностики упродовж психотерапії використовувались способи суб'єктивного шкалювання, якісного оцінювання та опитувальник тривоги і депресії Бека, оскільки більш стандартизованих тестових процедур для ерективного розладу на українській чи російській мові не було знайдено. Результати тестування за опитувальником депресії та тривоги Бека (BDI та BAI) на першій діагностичній консультації вказували на наявність легкої депресія (10 балів) та тривоги середнього рівня інтенсивності (13 балів). На мою думку, такі додаткові симптоми були вторинними по відношенню до проблеми ерективної дисфункції. На це вказувало їх вторинність походження у генезі проблеми клієнта, відсутність специфічних підтримуючих процесів для їх появи та розвитку, нормалізація їх проявів за результатами роботи з основною проблемою, а також їх не стійкість та ситуативність.

На момент звернення клієнта, думки про проблему стали досить нав'язливими та тривожними, займали достатньо багато свідомого часу упродовж дня, з'явився песимізм та іноді відчуття безпорадності. Клієнт навіть помітив, що останнім часом бажав би уникати статевих стосунків із своєю дівчиною при найменшій можливості, однак це не набуло стійкої тенденції.

Початкова ціль терапії, що була визначена клієнтом на першій діагностичній консультації, була сформульована наступним чином: «перестати про це думати та відновити ерекцію».

З історії розвитку проблеми стало відомо, що острах сексуальної невдачі сформувався на фоні історій про імпотенцію у підлітковому віці серед однолітків. У 16 років мав перший статевий досвід із дівчиною, для якої це також було вперше. Цей досвід виявився негативним внаслідок неуспіху проникнення у піхву дівчини, цитуючи клієнта, було сказано: «тоді я не попав». Такий досвід зафіксував хвилювання до самого моменту проникнення, очікування неуспіху та негативні когнітивні інтерпретації власної неспроможності, що, в свою чергу, могло спровокувати розвиток «сексуального перфекціонізму» у клієнта. Подальший досвід мав переважно позитивні результати, однак це відбувалось за рахунок його зусиль робити «все добре» у статевих стосунках, надмірної пильності і певних початкових «заходів безпеки». Так, наприклад, він намагався бути бездоганим коханцем, читав про те, як найкраще задовільняти дівчину і втілював це у життя, використовував тільки конкретні пози «щоб попасти». Через роки фокус уваги все більше зміщувався до питань ерекції, що спровокувало деякі помітні труднощі з самою ерекцією підчас одягання презерватива та статевого акту. Оскільки клієнт був більш фіксований на негативному досвіді та можливих невдачах це сформувало страх самого неуспіху, який, як вторинне утворення, ще більше ускладнював проблему, а кожний негативний досвід ставав підтвердженням власної неспроможності та посилював прагнення до сексуальної гіперкомпенсації.

Під час аналізу історії стосунків клієнта з дівчатами не було виявлено додаткових травмуючих обставин, які могли б бути ґрунтом для розвитку проблеми.

Останній рік, до моменту звернення, клієнт зустрічався із дівчиною, яка старша за нього на 5 років. Для нього вона була дуже сексуально привабливою та більш досвідченою. Однак, клієнт частково пов'язував свою проблему з тим, що ця дівчина, попри свою привабливість, потребувала більш тривалого часу для ласк та пестоців, щоб отримати достатнє для статевого акту збудження, ніж дівчата з його минулого, які менші або такого ж віку як і він. Згодом, потрапивши у Інтернеті на інформацію про сексуальні розлади, він ще більше налякався і впродовж шісти місяців страждав від проблем із ерекцією. Слід зауважити, що його партнерка віднеслась із розумінням до його труднощів, не вимагала, не осуджувала, а навпаки намагалась допомогти йому мати позитивний досвід у статевих стосунках, а також була співініціатором звернення до психотерапевта. Однак, одна з спільних консультацій із партнеркою виявила брак відвертого спілкування між ними під час сексуальних стосунків, що породжувало перебільшені очікування та негативні уявлення. Загалом їх міжособистісні взаємини виявились добрими.

Цікавою особливістю клієнта є й те, що він має фотомодельну зовнішність, естетичну м'язову будову і за його словами він завжди був в центрі уваги дівчат, що останні місяці стало більшою мірою тригерувати його дискомфорт: «дівчатка до мене просто липнуть і хочуть мене, а я не мужик. І якщо вони про це дізнаються це буде катастрофа».

Медичний анамнез. Як психолог, не міг провести досконалого збору медичної інформації для побудови відповідного медичного анамнезу. Але за життя клієнт не звертався до психіатрів з приводу психічних чи поведінкових розладів, а наявні соматичні захворювання не мали відношення до розвитку хвороби. Лікар уролог не помітив жодних проблем пов'язаних із своєю спеціалізацією. Цукрового діабету чи судинних захворювань лікарями не було виявлено. Симптоми депресії є вторинними внаслідок втрати надії та думок про

безпорадність у зв'язку із проблемою. Клієнт не приймав систематично жодних ліків з приводу проблеми, у тому числі антидепресантів, які могли б знизити ерективну функцію.

3. Розуміння походження ерективної дисфункції: інтеграція досліджень з сексології та моделі когнітивно-поведінкової терапії

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

Перш ніж починати яке-небудь лікування ерективної дисфункції, необхідно визначити, чи не виклакана вона тою чи іншою органічною причиною, наприклад, якою-небудь хворобою або анатомічним дефектом. Це потребує додаткового медичного обстеження, включаючи в себе проведення необхідних лабораторних досліджень.

Сексуальне бажання та збудження найбільш залежні від соматичних проблем. Будь-яке захворювання, яке буде характеризуватись загальним нездужанням, температурою або виснаженням організму, може викликати порушення ерекції у чоловіка.

Оскільки в процесі збудження беруть участь досить складні механізми кровоносної та нервової системи, тому будь-яке захворювання, що має відношення до подібних механізмів, будуть загальмовувати збудження. Пошкодження чи травми спинного мозку та закупорка чи хвороба артерій, які ведуть до геніталій, - найбільш розповсюджена причина розладу сексуального збудження. Було встановлено, що у багатьох чоловіків, які мають труднощі з ерекцією, має місце проблема із затримкою крові у венах, що проходять через пеніс, в результаті чого стає неможливою затримка крові в печеристій тканині. Так, цукровий діабет часто призводить до хворобливих станів, які відображаються на збудженні, особливо на ерекції пеніса (Nakim & Goldstein, 1996; McConaghy, 1993).

На циклі сексуальних реакцій може відобразитись будь-який хворобливий стан організму, включаючи хвороби серця, болі в нижній частині спини, венеричні хвороби чи інші інфекційні хвороби, а також специфічні захворювання геніталій.

Іноді безпосередньою причиною розладу стає психічна реакція чоловіка на конкретне соматичне захворювання. Наприклад, люди, що перенесли серцевий напад, можуть боятися напруження, пов'язаного з сексуальними діями та збудженням.

Розсіяний склероз, захворювання головного мозку, хвороби ендокринної системи (особливо у випадку нестачі тестостерона), легеневі та ниркові хвороби, рак – це лише деякі з інших хвороб, які можуть сприяти схильності у чоловіків до ерективної дисфункції.

Традиційно вважалось, що порушення ерекції обумовлено переважно психологічними причинами, однак останні дослідження засвідчили, що у багатьох чоловіків з ерективною дисфункцією наявний якийсь соматичний розлад, який може бути лише ускладненим за рахунок психологічних чинників (Winze & Carey, 1991). Тому розгляд психічних та соматичних причин ерективної дисфункції як взаємовиключних є досить спрощеним та не об'єктивним підходом.

Деякі пацієнти використовують алкоголь як спосіб, що допомагає позбавитись від сексуального розладу у зв'язку з тим, що він має виражену релаксуючу дію знижуючи тривогу, однак в дійсності алкоголь скоріше здатен викликати розлад або посилити його (Fahrner, 1995).

У ході одного з досліджень з'ясувалось, що чоловіки, які зловживають тривалий час палінням, страждають на порушення ерекції у 1,5 рази частіше, ніж ті, що не палять (National Center for Enviromental Health, 1995)

Більшість наркотиків на початкових етапах можуть робити сексуальне задоволення більш повним та сприяють збудженню, однак регулярне прийняття наркотиків провокує порушення сексуальної функції. Також було встановлено,

що прийом чоловіками анаболічних стероїдів з метою збільшення м'язової маси сприяє появі у них ерективної дисфункції (Crenshaw & Goldberg, 1996).

До хімічних речовин, які також негативно впливають на ерективну функцію відносяться антидепресанти (Balon, 1995; Margolese & Assalian, 1996; Segraves, 1995). Деякі лікарські препарати, які приймаються з метою зниження кров'яного тиску, можуть також викликати розлади сексуального збудження. Помічено, що ліки, які приймаються для лікування виразок шлунку та деякі засоби від мігрені сприяють розвитку гіпоактивності сексуального потягу та можуть призвести до ерективної дисфункції (Crenshaw & Goldberg, 1996).

Порушення ерекції у чоловіка, як вже зазначалося вище, може бути викликано, як фізіологічними, так і психологічними проблемами або поєднанням і одних і інших. Існує кілька методів, які допомагають визначити чи викликана ерективна дисфункція якими-небудь фізіологічними причинами. Один з них полягає у оцінці наявності та кількості нічних ерекцій під час сну. Як правило, під час нормального циклу сну пеніс стає напруженим кілька раз, а тому було висловлене припущення, що якщо нічна ерекція протікає нормально, то вірогідно порушення ерекції викликано причинами неорганічного характеру. Однак, наявні також дослідження і про те, що психологічний стрес здатен іноді викликати порушення протікання навіть нічних ерекцій, а тому є вірогідність того, що клініцисти можуть віднести проблему такого клієнта до фізіологічних передумов, коли причина залишатиметься психологічною (McConaghy, 2005)

Важливим фактором впливу на сексуальне функціонування і в тому числі і на ерективну функцію є взаємини між партнерами. Комунікативні труднощі можуть проявлятися у тому, що партнери можуть не розповідати один одному про види стимуляцій чи пози, які є найбільш приємними, а також про ті, які викликають роздратування. Відсутність контакту у цій сфері можуть перерости у серйозні та дуже тривалі конфлікти (Metz & Dwyer 1993).

Було помічено, що якщо два партнери прагнуть до домінування в стосунках, то це обов'язково відобразиться у проблемах із сексуальними взаєминами (Foreman & Dallos, 2003).

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

Психологічні фактори та КПТ модель.

Стандарти, які нав'язуються суспільством щодо сексуальних якостей та моделей сексуальної поведінки досягають сьогодні майже міфологічних пропорцій. Засоби масової інформації вносять свій вклад у конструювання подібних міфів. Як наслідок, багато чоловіків приходять до дисфункційного переконання про те, що у всіх здорових чоловіків «твердокам'яна» ерекція має з'являтися при першому ж бажанні і що «справжній» чоловік може продовжувати статевий акт упродовж годин в самих неймовірних позах, а його партнерка тільки від «справжнього» чоловіка б'ється годинами у конвульсіях переживаючи оргазм за оргазмом. Часто те, що збудження не відбувається пов'язане також із нав'язаними стандартами сексуальної привабливості жінки тільки, якщо у неї розмір грудей понад 4-й і, якщо вона має специфічну фігуру. Це зумовлює самознецінення та формування «сексуального перфекціонізму» у чоловіків. Навіть для чоловіків, яким не властиві завищені сексуальні очікування, тиск соціальних стандартів та природне бажання «бути на висоті» може стати надмірним та за певних критичних ситуацій спровокувати ерективний розлад.

Боязкість неуспіху у сексуальних стосунках є природнім наслідком «сексуального перфекціонізму», що видно з нижче наведеного рисунку (Рис. 1).

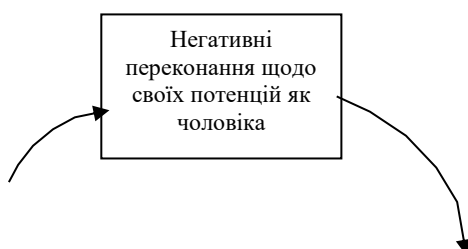




Рис. 1

Тому одним з напрямків когнітивної та поведінкової роботи з клієнтами є мінімізація проявів надмірно високих стандартів щодо проявів своєї сексуальності. Це може бути досягнуто за рахунок вдалого використання сократівських діалогів, психоедукації, АВС-аналізу та переформулювання НАД, поведінкових експериментів, змін поведінкової моделі пов'язаної із надмірно високими стандартами, очікуваннями щодо сексу тощо.

Внаслідок тривожних думок та занепокоєнь щодо власних сексуальних спроможностей у ситуаціях можливого сексуального контакту такий клієнт буде переживати інтенсивну тривогу або страх. Данні емоційні стани нажаль є несумісними із природним статевим збудженням, а отже викликатимуть закономірне зниження ерекції або її повну відсутність. Хоча ерекція пенісу скеровується перш за все за допомогою рефлексів спинного мозку, однак цей процес переважно залежить від сигналів, які надходять від головного мозку.

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

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

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

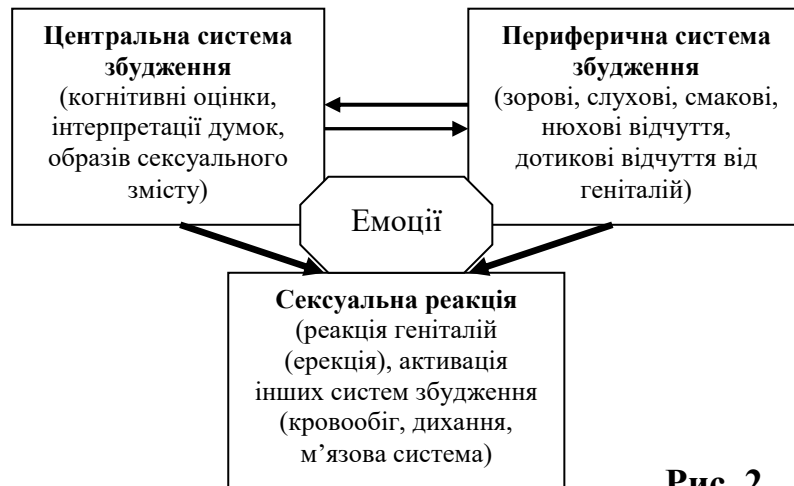


Рис. 2

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

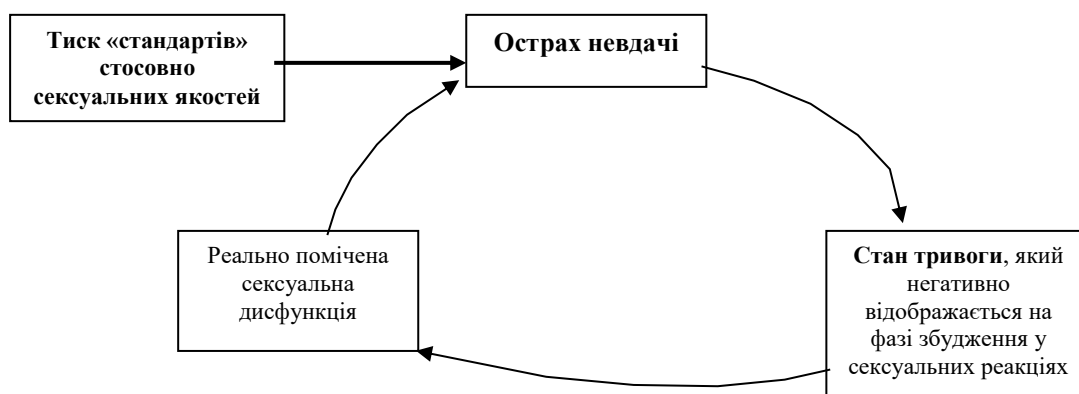


Рис. 3

Дана модель вказує на походження сексуального розладу, де найменший неуспіх внаслідок надмірних очікувань може призвести до вираженої ерективної

дисфункції за дуже короткий час (Adams et al., 1996; Rowland, Cooper & Heiman, 1995).

Аналіз поведінкових реакцій у випадку наявності остраху сексуальної невдачі вказує на те, що підтримуючими механізмами для розвитку ерективної дисфункції є охоронна поведінка клієнта та уникання. Охоронна поведінка та уникання використовується клієнтом з метою нейтралізації тривоги та дискомфорту, а також з метою посилення впевненості у своїх можливостях. У такому разі клієнт може використовувати, як уникання самих стосунків, так і окремих поз чи стимуляцій, сканувати себе на предмет наявності проблеми роблячи спроби мастурбації та перегляду еротичних матеріалів, пити певні лікарські засоби, використовувати особливі дієти і т.д. Хоча ця поведінка є досить закономірною, проте за відсутності корегуючого досвіду негативні автоматичні думки та тривога залишаються або ж посилюються, чим ще більше ускладнюється ерективна дисфункція у довгостроковій перспективі (див. рис. 4).

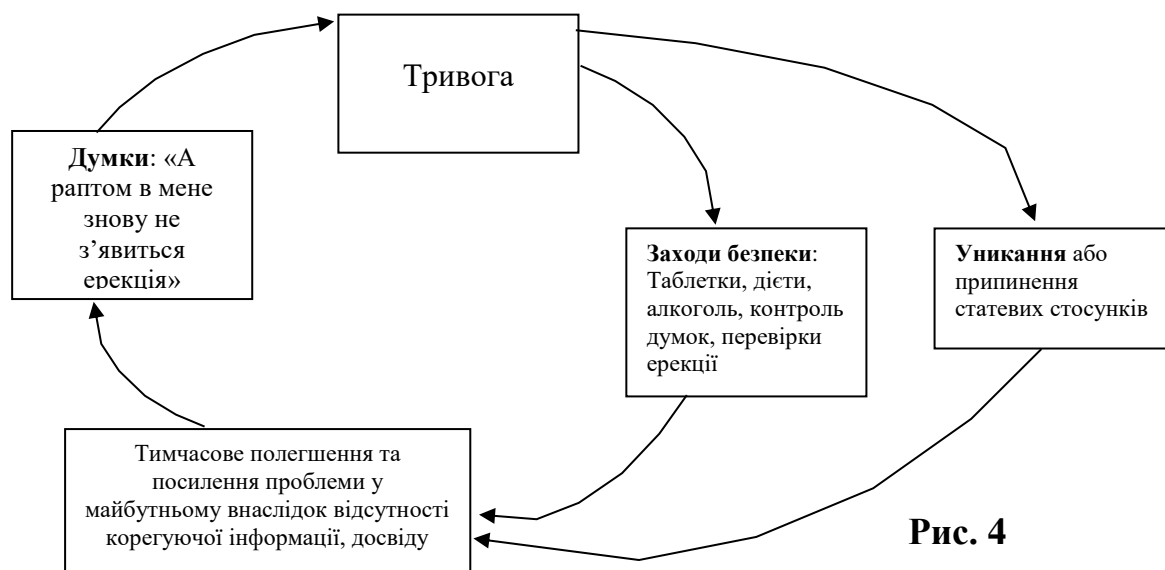


Рис. 4

Враховуючи вище зазначені моделі, логічним є застосування як поведінкових, так когнітивних втручань у випадку ерективної дисфункції. Поведінковий підхід Masters & Johnson (1970), а також доповнення Kaplan (1995) роблять акцент насамперед на посиленні відчуттів з боку периферійної системи

та блокування боязкості неуспіху через припинення самого інтимного контакту на час формування нової моделі поведінки. Однак, на нашу думку, без окремих інтервенцій щодо нав'язливих тривожних думок, негативних автоматичних думок, дисфункційних правил та глибинних переконань, ефективною лише поведінкова психотерапія не може бути. Остання гіпотеза знайшла своє підтвердження у роботі з клієнтом, опис якої наводиться у дипломній роботі.

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

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

2. Взаємна відповідальність: терапевт підкреслює принцип взаємної відповідальності. Партнери вирішують сексуальну проблему, що виникла в їхніх взаєминах, незалежно від того, хто з них насправді страждає від дисфункції, і лікування буде більш успішним, якщо терапію проходять обидва партнери (Heiman et al., 1981).

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

4. Зміна дисфункційних установок: психотерапевт має допомагати пацієнтам проаналізувати і змінити уявлення про сексуальність, які заважають отриманню сексуального збудження, адже, травматична подія, сімейні установки або культурні ідеали можуть створити негативні уявлення, що

перешкоджають природному збудженню й задоволенню (Rosen, Leiblum & Spector, 1994).

5. Боротьба з тривогою, що пов'язана із статевим актом: психотерапевт має пояснити та запропонувати вправи, які навчають клієнтів зосереджуватися на своїх сексуальних відчуттях і спокійно отримувати задоволення. Для цього клієнтам пропонується серію завдань з «фокусування на відчуттях», за рахунок яких партнери зосереджуються на отриманні сексуального задоволення. Це задоволення можна отримати, досліджуючи і пестячи тіло один одного, при цьому не обов'язково займатися сексом або відчувати оргазм. Парам рекомендують спершу утримуватися від коїтусу і обмежити свою сексуальну активність поцілунками, обіймами і чуттєвим масажем різних частин тіла, за винятком грудей і геніталій. З часом партнери навчаються краще давати один одному і, відповідно, отримувати сексуальне задоволення, і знову відновлюють свою сексуальну активність (Masters & Johnson, 1970; Wincze & Carey, 1991).

6. Зміцнення навичок життєвої та сексуальної комунікації: з парою психотерапевт розглядає труднощі та існуючі бар'єри у спілкуванні, навчає ефективним способам комунікації, вирішення конфліктів, пропонує використовувати сеанси зосередження на своїх відчуттях, спробувати пози, при яких партнер, якого пестять, може направляти руку іншого і контролювати швидкість, тиск і місце на тілі. Пари також варто навчати давати один одному вказівки в позитивний спосіб інформування ("Краще ось тут, трохи менше дави"), а не шляхом образ та звинувачень ("Твої дотики мене не заводять.").

7. Зміна деструктивного життєвого стилю і взаємодії: терапевт може порадити парі змінити стиль життя або поліпшити ситуацію, що надає деструктивний вплив на їхні стосунки - наприклад, віддалитися від родичів дружини або чоловіка, зменшити навантаження на роботі, більше проводити часу разом спільно займаючись справами, які подобаються як одному, так і іншому партнеру.

8. Врахування фізичних та медичних факторів: у випадку, коли сексуальні дисфункції пов'язані з медичними проблемами, наприклад з хворобою,

каліцтвом, небажаним ефектом лікарських препаратів або ж зловживанням алкоголем, психотерапевт намагається по можливості вирішити цю проблему. Якщо, скажімо, антидепресанти викликають у чоловіка розлад ерекції, то у результаті консультації з лікарем, можна спробувати знизити дозу ліків, змінити час дня, коли приймають препарат, або випробувати інший лікарський засіб. (Segraves, 1988;. Shrivastava, 1995).

4. Побудова формулювання на прикладі випадку клієнта

Діагностичне вивчення проблеми клієнта з метою подальшої побудови формулювання (концептуалізації) тривало у продовж 2-х сесій та уточнювалось в подальшому. У питаннях вивчення проблеми клієнта було використану сучасні підходи до побудови формулювання та існуючі теорії КПТ, а також дослідження із сексології. Цінною виявилась модель підтримуючого процесу «боязкості невдачі» у сексуальних розладах (Adams et. al., 1999; Rowland, Cooper, Heiman, 1995), яку було модифіковано та доопрацьовано у співпраці із клієнтом, а також пояснення явища «спектейторінгу» дослідниками Мастерсом та Джонсом, вивчення ролі неадаптивних когніцій (Wincze, Barlow).

Загалом, налагоджена довіра та співпраця з клієнтом дала можливість чітко виявити основні складові проблеми та їх взаємообумовленість у відповідності до КПТ- підходу. Отож, мною, як терапевтом, було з'ясовано: передумови розвитку проблеми з дитинства, дисфункційні правила/переконання, система провокуючих факторів (критичних подій), основні складові проблем клієнта (когніції, емоції, типові поведінкові прояви та тілесні реакції), систему тригерів та модифікаторів, наслідки проблеми, ресурси, а також комплекс взаємопов'язаних підтримуючих процесів. Їх детальний аналіз наводиться нижче.

Стосовно *факторів схильності*, то варто зазначити, що дуже багато логічних пояснень у виникненні розладу з боку біо-соціальних чинників немає. Певним ґрунтом для того, могла бути його вроджена чутливість нервової

системи, яка підтверджується такими висловлюваннями клієнта, як: «я завжди приймав все дуже близько до серця», «був дуже «впечатлітьним»». За темпераментальними особливостями та типологією ВНД маю схильність думати про помірну силу нервових процесів, певну їх неврівноваженість та рухливість. Таким чином, за властивостями темпераменту виглядає так, що клієнт може поєднувати у собі особливості холеричного та меланхолічного типів. Однак, додаткових досліджень, наприклад темпінг-тест Ільїна, тестів Азенка (EPI/EPQ) чи теста темпераменту Я. Стреляу проведено не було. Паралельно з цим, до соціальних передумов можна віднести те, що він є з неповної сім'ї, є єдиним сином та виховувався із малого віку мамою, яка проявляла достатньо виражений рівень гіперопіки. Можна припустити, що останнє, а також брак чоловічої моделі поведінки та спілкування, не дало можливості сформувати зрілу статево-рольову ідентифікацію у я-концепції особистості та сприяло формуванню ідеалістичних уявлень про роль чоловіка в тому числі і в сексуальних стосунках, що могло бути передумовою до розвитку «сексуального перфекціонізму».

Шкільний період навчання не відрізнявся особливими травмуючими обставинами. Клієнт почував себе комфортно та був соціально адаптованим у школі, так само як і у ВНЗ.

Із соціальних передумов у діалозі з клієнтом було помічено значний вплив на формування нереалістичних уявлень про секс і надприродні чоловічі потенції - засобів масової інформації, Інтернету, порнографічних фільмів, вигаданих історій друзів. Це стало предметом обговорення на одному з етапів психотерапії.

Дисфункційні правила та глибинні переконання. З умов наявного виховання та відсутності моделі батька для наслідування і ідентифікації, на одній з перших консультацій, у процесі сократівського діалогу щодо наслідків минулого та його зв'язку із відчуттям безпорадності з проблемою ерективної функції, клієнт заявив буквально наступне: «і який я нафіг після цього мужик!». Тому основними глибинними переконаннями і пов'язаними з ними дисфункційними правилами були виявлені наступні: «я не мужик», «я мав би задовольняти жінку як слід і тоді буду почувати себе справжнім чоловіком», «я

маю не показувати, що у мене є така проблема і ніхто про це не повинен знати, інакше катастрофа – тоді я нікчема, лузер і у мене немає майбутнього».

Критичні події (провокуючі) фактори.

Як вже було вказано у першому розділі, такими подіями стали перший негативний досвід статевих стосунків у 16 років та поступове накопичення неуспіхів і їх неправильна інтерпретація, що ставали травматичними життєвими епізодами.

Основні складові проблеми клієнта (когніції, емоції, типові поведінкові прояви та тілесні реакції).

Думки. Типовою автоматичною думкою, яка найчастіше зустрічається, є: «а раптом у мене знову не вийде». В ході опитування було з'ясовано, що за цією думкою прихований ланцюжок катастрофічних умовиводів: «дівчата про мене будуть думати погано», «все життя буду без дівочок, не буде сексу – це катастрофа для молодого, буду нещасним», «дівчата будуть згадувати те, що в мене не получилось..., хлопці та інші будуть думати про мене, що я - імпотент», «у мене не буде сім'ї та дітей». На питання: «Що для тебе це означатиме? – після якоїсь паузи було сказано: «я тоді нікчема, більше не мужик».

Домінуючими емоційними станами, реакціями є: тривога, страх.

Тілесні, фізіологічні реакції: повна або часткова втрата ерекції, серцебиття, кидає в жар, спітніння, напруження в грудній клітині. Цим симптомам, окрім ерекції, клієнт не надає жодного катастрофічного значення та не бореться із ними.

Поведінка. За час формування проблеми, клієнт накопичив велику кількість поведінкових реакцій, які йому у короткостроковій перспективі полегшували самопочуття, а у довгостроковій посилювали проблему, оскільки клієнт не отримував корегуючої інформації та не мав можливості навчитись іншим способам самопомоги, а також, тому що починав вірити в дієвість окремих із них.

У продовж перших 3-х консультацій було виявлено наступну специфічну поведінку:

- Контроль, уникання, заперечення та відволікання від негативних думок про можливу чергову невдачу.
- Мисленнєве самозаспокоєння, самопідбадьорювання.
- Вживання алкоголю перед статевим актом, щоб розслабитись та не виникали проблеми із ерекцією. Однак вживання не часте.
- Використання невеличкої частинки від таблетки «еротон» перед самим статевим актом.
- Вживання великої кількості горіхів та спеціальних чаїв.
- Самосканування на предмет ерекції, рівня ерекції. Для клієнта має навіть значення найменша зміна кута статевого органу по відношенню до тіла в стані ерекції.
- Перегляд еротики, порнографії разом із мастурбацією з метою перевірки та самозаспокоєння, що все працює добре.
- Уникання стосунків після негативного досвіду.
- Припинення намагань і уникання повторних спроб під час неуспішного статевого акту.
- Уникання погляду на процес проникнення у піхву партнерки.
- Уникання певних поз під час сексу.
- Не одягає сам презерватив, а просить партнерку.

Таким чином, всі ці способи поведінки традиційно можна поділити на два типи закономірного поведінкового реагування, схожих, як і при тривожних розладах: «охоронна поведінка» (або «заходи безпеки») та «уникання». Також можна виділити в межах охоронної поведінки або ж як окремий спосіб дуже помітну «поведінку-сканування» з метою нейтралізації тривоги та самозаспокоєння.

Подібний детальний аналіз поведінки був дуже важливим, оскільки став ключовим у спільній побудові формулювання проблеми клієнта та шліхів її корекції.

Тригери і модифікатори. Результати роботи перших діагностичних сесій також сприяли виділенню конкретних тригерів, а саме:

- думки (сумніви):
 - про очікуваний секс із дівчиною;
 - про черговий неуспіх із ерекцією під час статевого акта;
- тілесні реакції в області статевого органу;
- помічена відсутність ерекції чи її недостатність;
- гарні дівчата, еротичні об'єкти;
- момент проникнення у піхву партнерки.

До модифікаторів було віднесено: наявність чи відсутність світла у кімнаті, швидкість першого проникнення від початку взаємних ласк, позу, настрої та відношення до клієнта партнерки.

Наслідки проблеми. Клієнт наголошував на наступних наслідках проблеми:

- Втрата повноцінного, щасливого життя, відчуття впевненості у собі.
- Неможливість розслабитись і насолоджуватись сексом.
- Неможливість нормально працювати з огляду на часті тривожні думки.

Ресурси. Можна стверджувати, що у клієнта є достатньо ресурсних активностей, які, на мою думку, і стали запорукою мінімальної коморбідності розладу та патогенезу особистості. Серед них: заняття спортом, грає у аматорській групі на музичних інструментах, чимала кількість друзів та спільних активностей із ними, улюблена робота, догляд за швидкісною машиною, драг-рейсинг ін.. Разом з цим, на мою власну думку, деякі з таких активностей можуть виступати в ролі гіперкомпенсації відчуття свого самознеціненого образу чоловіка.

Підтримуючі процеси. З метою вивчення основних підтримуючих проблему процесів було детально проаналізовано на конкретних прикладах взаємообумовленість думок, емоційних та тілесних реакцій і поведінки. Таким чином, у співпраці з клієнтом було знайдено та побудовано підтримуючі процеси пов'язані з охоронною поведінкою, униканням, скануванням, перфекціонізмом, а також специфічний підтримуючий процес для ерективної дисфункції.

За результатами роботи на 3-х сесіях було складено зрозуміле для клієнта формулювання. Саме формулювання виконувало психоедукаційну функцію,

сприяло розумінню проблеми, шляхів виходу з неї, посилювало надію у клієнта. Формулювання подано в кінці даного підрозділу дипломної роботи.

Серед підтримуючих процесів основний був нами названий «вплив страху на ерективну функцію». Він має вигляд замкненого кола та є добрим поясненням для клієнта про взаємозв'язок думок, поведінки, страху та такої психофізіологічної функції, як ерекція.

Отже, спровокована ситуацією можливого сексуального контакту думка про те, що «раптом знову не вдасться» викликає закономірний стан тривоги, а оскільки стан тривоги та ерекція є взаємовиключними та несумісними реакціями (Kaplan), а також інтенсивна тривога за нейрофізіологічним принципом домінанти (О.О. Ухтомський) звужує свідомість та не дає можливість зосередитись, наприклад, на еротичних думках чи приємних відчуттях, які могли б навпаки сприяти ерекції, саме тому остання не виникає або є недостатньою. Далі, проблема із ерекцією, у свідомості клієнта інтерпретується, як явне підтвердження думки та надається цьому явищу катастрофічне значення. Надане, нове катастрофічне значення, об'єктивує тривогу та перетворює її у виражений страх, що ще більше порушує ерективну функцію і так далі по колу «самонакрутки». Зі слів клієнта, на пікові цих переживань наявна не тільки тілесна реакція у формі порушення ерекції, але й приєднуються і ряд інших закономірних соматовегетативних реакцій (серцебиття, потовиділення, почервоніння (плями), прилив жару, пульсація у голові тощо.).

На мою думку, можна припустити, що невчасне звернення клієнта могло б спричинити у майбутньому й розвиток перших панічних атак, за рахунок катастрофічних інтерпретацій перерахованих вище вегетативних проявів у стані сильного страху.

Попередній підтримуючий процес зумовлює й інші закономірні механізми, а саме: охоронну поведінку та уникання. Варіанти охоронної поведінки були перераховані раніше, а уникання подальших спроб, після першої невдалої, не давало шансу для клієнта пережити успіх після поразки за рахунок гальмування тривоги та відновлення ерекції через короткий час після першої невдалої спроби.

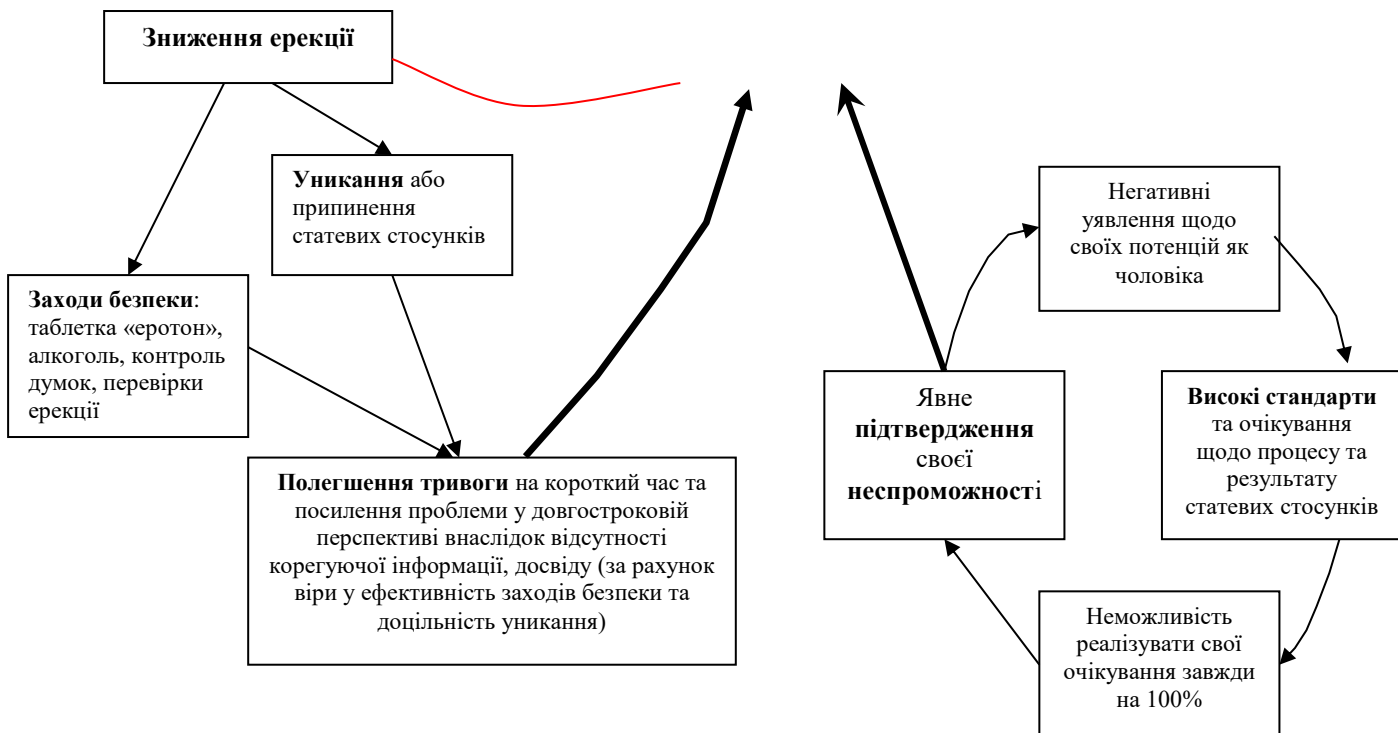
Саме це стало одним з підходів у вирішенні проблеми на завершальному етапі терапії. Шляхом керованого відкриття негативні наслідки з боку уникання та різних заходів безпеки у довгостроковій перспективі були добре усвідомлені клієнтом, а робота з ними стала окремою терапевтичною мішенню.

Враховуючи історію розвитку та виражений «сексуальний перфекціонізм» клієнта, з ним було побудовано ще один підтримуючий процес, який добре пояснював це явище. У роботі на завершальних етапах терапії це стало також одною з терапевтичних підцілей, оскільки навчитись бути «неперфектним» коханцем, який буде зацікавлений насамперед у своєму власному задоволенні є, на мою думку, добрим ґрунтом не тільки для відновлення ерективної функції, але й тривалої ремісії.

Таким чином, якісно проведене обстеження та побудова формулювання у співпраці із клієнтом дало можливість встановити адекватні до проблеми цілі та підцілі і згодом перейти до ефективного плану психотерапії.

ДОДАТОК А





5. Планування, перебіг та результати терапії

Список проблем

Список проблем клієнта було з'ясовано на першій консультації та уточнено під час аналізу наслідків проблеми. Він включає в себе:

1. Наявність страху під час очікування сексу чи в процесі статевого акту;
2. Проблеми з ерекцією у продовж статевого акту;
3. Тривожні думки у продовж дня;

Цілі терапії.

Нижче зазначені цілі були сформульовані клієнтом у співпраці з терапевтом та були узгоджені із особливостями підтримуючих проблему процесів.

- I. Зменшення прояву тривоги та страху під час сексуального контакту шляхом корекції страху невдачі, самознецінення, формування навиків саморегуляції, роботи з думками та за рахунок мінімізації уникання та охоронної поведінки.

- II. Нормалізація проблеми з ерекцією (задачі: зменшення завищених стандартів щодо своїх сексуальних функцій, розширення уявлень про інші варіанти повноцінних сексуальних стосунків тощо).
- III. Зниження тривоги щодо майбутнього, посилення надії та впевненості.

Плановані етапи терапії

Виходячи з класичного підходу у КПТ практиці та основних принципів роботи з сексуальними дисфункціями упродовж терапії було передбачено реалізацію кількох етапів. Наведені нижче етапи подані в узагальненій формі, а особливості їх реалізації буде розкрито у наступному розділі.

- На першому етапі основними цілями були: сформувати взаємну довіру, терапевтичний альянс, з'ясування та конкретизація запиту терапії, очікуваних результатів (цілей), аналіз проблеми з метою спільної побудови формулювання (концептуалізації), пояснення основних ідей КПТ-підходу у психотерапії, психоедукація.
- На другому етапі було заплановано власне когнітивні та поведінкові інтервенції:
 1. На основі методу сократівських діалогів з'ясування та корекція дисфункційних правил, декатострофізація, переформулювання думок шляхом пошуків альтернативних суджень та умовиводів, розширення уявлень. Особливу увагу вважав за необхідне приділити наданим значенням ерективній дисфункції, переоцінці її наслідків та оцінок щодо ролі у сексуальному житті, самознеціненню внаслідок проблеми та у зв'язку з підтримуючим процесом перфекціонізму.
 2. Враховуючи когнітивні зміни, у відповідності до детально проаналізованої системи тригерів, модифікаторів та домінуючих підтримуючих процесів вибудувати нову модель реагування у сексуальних взаєминах із подальшим її впровадженням шляхом формування нових навиків та через поведінкові експерименти між сесіями.

Враховуючи єдність та взаємозв'язок когнітивних і поведінкових змін вище зазначені завдання з другого етапу планувалось реалізовувати паралельно.

- На третьому етапі сплановано остаточну автоматизацію набутих навиків самодопомоги та саморегуляції, узагальнення та усвідомлення набутого досвіду, формування та закріплення нових висновків, інтерпретацій, а також підготовка до завершення психотерапії та попередження рецидивів.

Перебіг та результати терапії

Динаміка терапії по сесіях:

1-3 сесія (реалізація завдань із запланованого першого етапу психотерапії).

На перших сесіях з Дмитром було достатньо легко встановлено терапевтичний альянс, а викликати довіру допомогло емпатичне ставлення та підтримка. Вже за результатами перших 3-х сесій, на яких було поєднано клінічне інтерв'ю та психоедукація вдалось сформулювати і посилити надію на видужання, що, в свою чергу, допомогло активізувати його до подолання проблеми. Аргументована соціалізація у КПТ-модель психотерапії, а також розгляд підтримуючих процесів на конкретних актуальних прикладах прояву проблеми клієнта допомогло адекватним чином сформулювати цілі терапії. Уточнення запиту та активна участь клієнта під час сесії сприяли кращій побудові концептуалізації.

Пояснення генези ерективної дисфункції ілюстроване спільною побудовою формулювання, прикладами інших клієнтів, демонстрування наукових фактів і т.д. призвело до істотного зниження показників тривоги та депресії. Так, найбільш впливовим виявилось пояснення феномену несумісності станів тривоги та страху з ерективною функцією з точки зору інстинкту самозбереження та психофізіологічних досліджень, а також розгляд типових міфів про чоловічу сексуальність (подані у 3-му розділі).

Побудова формулювання мала і корекційний ефект щодо раніше неусвідомленого клієнтом «сексуального перфекціонізму». Загалом, за результатами перших 3-х сесій було повністю реалізовано цілі та завдання першого етапу терапії, що стало добрим ґрунтом для усвідомленого переходу до подальших КПТ-інтервенцій.

4-8 сесії (етап когнітивних та поведінкових інтервенцій)

Реалізовувались завдання другого етапу у кілька кроків. Спочатку, було проведено відповідну когнітивну роботу, з метою декатастрофізації та побудови альтернативних умовиводів. Для цього використовувались сократівські діалоги, техніки переформулювання НАД, поведінкові експерименти шляхом опитування.

Так сталось, що на 4-й сесії за спільною згодою була присутня партнерка клієнта, яка взяла участь у обговоренні проблеми. Це дало змогу уточнити деяку інформацію щодо проблеми та зробити перші інтервенції з метою корекції спотворених уявлень клієнта. Як вже зазначалось раніше, попри добрі взаємини, клієнт та його партнерка не завжди відверто говорили про свої бажання, уявлення, очікування. На фоні розмови про надто високі уявлення клієнта про те, яким ідеальним коханцем він має бути, що змушувало його бути надто активним у сексі, його партнерка вперше зізналась у тому, що насправді вона хотіла б навпаки бути активною у цих стосунках у виборі способу взаємодії, пози тощо. Стало відомо також й те, що його «перфектна» активність викликала у партнерки навіть певні почуття приниження та надавала їй можливість розслабитись. Все це стало великим відкриттям для клієнта, оскільки йому тепер непотрібно було й намагатись виглядати найкращим, а керування процесом з боку партнерки у майбутньому зменшило його відповідальність за результат, а отже й послабило тривогу.

Корекційне значення мали сократівські діалоги щодо наданого значення стосовно ерективної дисфункції: «тоді я не мужик!», і того що для клієнта це означає, а саме: «нікчема, якого за це перестануть любити, покинуть».

Сократівські діалоги були досить успішні та в певній мірі розхитали стійкі дисфункційні уявлення клієнта, а також сприяли побудові альтернативних. Однак, у клієнта залишались сумніви, а тому, отже, було запропоновано провести поведінковий експеримент шляхом опитування з метою перевірки гіпотез клієнта. Для цього, як домашнє завдання пропонувалось клієнту скласти перелік питань, які б він хотів задати дівчатам з приводу своєї проблеми. На їх основі було складено коротку анонімну анкету, яку за пропозицією клієнта було запропоновано для студентів-дівчат випускників ВНЗ, у яких я викладав психологію. У анкеті містились, наприклад, такі запитання (рос.мова):

- Мужчина – для меня это... Какие мужские качества, достоинства для Вас важнее всего?
- Как изменится Ваше отношение к мужчине, если окажется, что у него проблемы с потенцией?
- Разошлись ли бы Вы с мужчиной, если он импотент?
- Правда ли, что настоящий мужчина – это также безупречный любовник в постели?
- Правда ли, что женщины перестают любить мужчин, как только у них пропадает эрекция?
- Насколько сексуальные отношения становятся неполноценными, если в них будет отсутствовать генитальный секс между партнёрами? и др.

Звичайно, результати опитування дали можливість клієнту полишити будь-які сумніви та спростувати його попередні переконання, а до нових з'явилась повна довіра, адже дівчата давали розгорнуті відповіді прямо протилежні до його очікувань. Як домашнє завдання, подібні питання клієнт задав і своїй партнерці, яка додатково підтвердила нові альтернативні думки. Дана анкета мала також значення щодо побудови нових орієнтирів, «зону його найближчого розвитку», як чоловіка, оскільки він побачив справжні очікування дівчат щодо привабливих якостей у чоловіках. Отже, ідея проведення подібного експерименту виявилась дуже ефективною та має смисл для впровадження у майбутньому з клієнтами, у яких наявні подібні проблеми, оскільки існує чимало

спотворених стереотипних гендерних уявлень, міфів, які продиктовані сучасною секс-культурою та ЗМІ.

Когніція «нікчема, якого за це перестануть любити, покинуть» наштотувала мене на подальше дослідження почуття «покинутості», яке, як виявилось, має відношення і до батька, який «покинув нас», «покинув мене». Звичайно, пізніше було з'ясовано, що він розлучився з мамою із певних об'єктивних підстав, намагався проявляти батьківські почуття, але вони були жорстко обмежені мамою, яка свою модель «покинутості», як дружини, перенесла на батьківсько-дитячі стосунки сина і батька шляхом постійного намовляння, критики й осуду. На одній з консультацій, за умов моєї стимулюючої участі, клієнт виявив бажання повернути «батька у своє життя» та відновити з ним стосунки. Це було добрим кроком, для полегшення дитячих травм та до корекції глибинних переконань, які могли мати опосередковане відношення до заявленої клієнтом проблеми.

Оскільки у клієнта були наявні тривожні думки про проблему та контроль цих думок упродовж дня, йому було запропоновано свідомо виділяти час для цілеспрямованих хвилювань спочатку двічі на день у конкретний час, після полегшення один раз на день, а згодом така практика не була потрібна. У даному випадку використовувався модифікований нами варіант експозиції із контролем реакцій (початок із експозицією, а після значного зниження рівня дискомфорту пропонувалась побудова альтернативних думок на підставі аргументованого самопереконання виходячи з питань: «Чому це не правда?», «Чому це не станеться?», «Чому я в це не вірю?»).

Враховуючи когнітивні зміни та у відповідності до детально проаналізованої системи тригерів, модифікаторів та домінуючих підтримуючих процесів було вибудовано нову модель реагування у сексуальних взаєминах із подальшим її впровадженням шляхом формування нових навиків в інтервалах між сесіями.

Насамперед був зроблений акцент на загальних профілактичних передумовах для нормальної сексуальної життєдіяльності. Під час обговорення

клієнтом, передумов формування неправильних уявлень про статевий акт, а також проблеми охоронної поведінки та способів сканування для самозаспокоєння, клієнтом було вирішено:

- не використовувати порнографію, еротичу для сканування проблеми та самозаспокоєння, оскільки це формує неправильні моделі поведінки, нездорові уявлення про можливості чоловічої сексуальності та може призвести до того, що реальний секс може перестати збуджувати. А самозаспокоєння про нормальну ерекцію під час перегляду лише у короткостроковій перспективі може знизити тривогу, а у довгостроковій посилити сумніви;
- поступово зменшити або припинити самотійну мастурбацію і особливо з поєднанням із порнографією. Це має значення й тому, що посилюватиме потребу у статевих стосунках, потяг, фантазування тощо;
- поетапне зниження всіх заходів безпеки: алкоголь перед статевим актом, вживання частинки таблетки еротон, що мало плацебо ефект, різних чайків, горіхів тощо. Мінімізація і повне припинення такої охоронної поведінки стало можливим тільки після впровадження поведінкової моделі роботи з розладом під назвою «фокусування на відчуттях» (Masters & Johnson, 1970; Wincze & Carey, 1991)

Враховуючи механізм генералізації страхів та специфічне кондиціонування тривожної реакції з ситуації проникнення клієнтом у піхву на початку розвитку проблеми, згодом на весь процес зайняття коханням, а також його «сексуальний перфекціонізм», нами було впроваджено метод «фокусування на відчуттях» (Masters & Johnson, 1996; Wincze & Carey, 1991). Для цього парі було видано детальну роздруковку з інструкцією до методу та надані деякі роз'яснення. З цього моменту зустрічі відбувались переважно раз на півтора-два тижні з метою набуття клієнтом корегоючого досвіду.

Підхід Мастерс та Джонсон виявився ефективним, оскільки вже на наступній консультації клієнт наголосив, що «тепер у нього зникла тривога

очікування сексу, не турбували зовсім думки у продовж дня, навчилися отримувати задоволення від простих речей та відчуттів, а головне з'явилась більша впевненість». Моєю модифікацією було лише те, що я запропонував клієнту згодом робити поєднання цього методу з короткотривалими тимчасовими експозиціями щодо думок про можливий контакт та чергову поразку без свідомого наміру мати завершений статевий акт та з обов'язковим припиненням експозиції в момент найменшого відхилення від своєї особистої зони комфорту під час виконання основного методу із партнеркою. Це дало можливість згодом нейтралізувати силу негативних очікувань поразки та пережити клієнту перший спонтанний завершений статевий акт в момент максимального сексуального збудження пари.

Оскільки у клієнта була досить виражена фіксація на думках та спогадах, що провокували тривогу під час статевих стосунків, ефективною була також моя пропозиція ведення щоденника самоаналізу із фокусуванням уваги лише на тих думках, образах, спогадах та відчуттях і т.д., які посилювали ерекцію у клієнта з подальшим їх обговоренням із партнеркою та під час сесій.

9-10 сесії (завершальний етап)

На третьому етапі накопичувався позитивний досвід клієнта, автоматизовувались набуті навички самопомоги та саморегуляції, на консультаціях узагальнювався та усвідомлювався набутий досвід, формувались та закріплювались нові висновки, а також відбувалась підготовка до завершення психотерапії та попередження рецидивів.

На завершальному етапі, з метою профілактики рецидиву у зв'язку із звичною для клієнта поведінкою уникання шляхом припинення подальшого статевого контакту в разі неуспіху, клієнту було пояснено, що в такому разі потрібно навпаки обов'язково продовжувати секс попри цей досвід, повернувшись на сходинку назад в основному методі допоки не буде знижено тривогу, відновлено ерекцію та повторено спробу з черговим успіхом. Остання

пропозиція є ще одним прикладом новизни у запропонованому нами підході до психотерапії ерективної дисфункції у чоловіків.

Не меншого значення мала робота із «сексуальним перфекціонізмом» клієнта, у зв'язку з чим він дозволив собі бути вперше «егоїстом» насамперед думаючи про свої відчуття і власне задоволення та дозволивши бути більш активною партнерці, що, в свою чергу, допомогло їм обом.

Надалі ситуації успіху накопичувались і набувалась клієнтом ще більша впевненість, у пари зростала довіра один до одного, відкритість на спільне експериментування.

По завершенню роботи з основним методом, якийсь час залишалась проблема із одяганням презерватива. Однак, пара це вирішила своїм способом – партнерка перейшла на гормональні протизаплідні засоби. Наразі важко спрогнозувати, чи зможе у майбутньому використання презерватива спровокувати рецидив проблеми, однак маю надію, що клієнт маючи розуміння та досвід у моделі КПТ зможе самостійно по кроково спланувати вирішення цього питання

Результат психотерапії.

За 10 психотерапевтичних сесій досягнуто повної нормалізації ерективної дисфункції пацієнта, а прояви зниженого настрою та тривоги нормалізувались. На сьогоднішній день психотерапію завершено. За результатами ретестування на 10-й сесії за опитувальником тривоги Бека (BAI) сумарний показник тривоги знизився до 5 балів, що відповідає відсутності тривоги, а за опитувальником депресії Бека (BDI) до 6, що засвідчило відсутність депресії. Тоді, як на початку психотерапії було виявлено легку депресію (10 балів) та тривогу середнього рівня інтенсивності (13 балів).

Рефлексія та висновки до дипломної роботи

Презентований у описі випадок був для мене складним і водночас є дуже повчальним. Активна участь клієнта та його партнерки, співпраця з терапевтом та застосування науково достовірних методів роботи з сексуальними дисфункціями дали свої позитивні результати і я радий тому, що клієнт має полегшення та повернувся до повноти життя.

На основі проведеного аналізу наукової літератури та на підставі практичного досвіду роботи з клієнтом можна зробити ряд висновків щодо походження та терапії ерективної дисфункції:

1. Ерективна дисфункція найчастіше всього буває викликана множиною факторів, а тому визначаючи специфіку лікування, фахівець має прийняти до уваги цілу низку можливих причин.

2. Деякі фактори, що викликають дану сексуальну дисфункцію є своєрідними *передумовами схильності* до розладу. До таких факторів відноситься попередній досвід, життєві обставини, чинники сексуального виховання, біологічні передумови. Хвороба, така як діабет чи судинні захворювання, а також неуспішний сексуальний досвід у минулому клієнта, можуть стати причиною його схильності до такого розладу. Згодом такі причини активуються певними *критичними обставинами* чи збігом факторів: психотравматичний сексуальний досвід, конфлікт з дівчиною\дружиною, образа «чоловічих» спроможностей, дистрес на роботі і т.д.. Зрештою, така дисфункція перетворюється із ситуативної у стійку та хронічну за умов певних зовнішніх та індивідуальних *підтримуючих факторів та процесів*. До зовнішніх підтримуючих факторів можна віднести тривалі непорозуміння, конфлікти, проблеми у взаєминах з партнеркою, відсутність навиків спілкування, брак довіри і відвертості з питань сексуальності тощо. До індивідуальних підтримуючих процесів можна навести такі відомі у когнітивно-поведінковій терапії цикли, як:

- використання «охоронної поведінки» та уникання
- прагнення завжди бути на висоті («сексуальний перфекціонізм»)

- контроль думок про можливий неуспіх

- сканування та перевірки своїх сексуальних можливостей тощо.

Наявність останніх вказує на те, що ерективна дисфункція є психологічною проблемою, а, отже, може піддаватись корекції.

3. У проявах проблеми ерективної дисфункції чітко прослідковується чотирьох компонентна модель КПТ щодо вияву проблеми у таких взаємообумовлених проявах як: ДУМКИ – ЕМОЦІЇ – ТІЛЕСНІ РЕАКЦІЇ – ПОВЕДІНКА, якісний аналіз та врахування яких дає можливість, як побудувати достовірні підтримуючі процеси, так і надати ефективну допомогу.

4. У дипломній роботі було взято до уваги та апробовано найбільш доказові підходи таких вчених-дослідників сексуальних розладів як: Masters & Johnson, 1970; Wincze & Carey, 1991; McConaghy, 1993; Laumann, Gagnon et al., 1994; Barlow, 2000. Дуже цінною виявилась модель підтримуючого процесу «боязкості невдачі» у сексуальних розладах (Adams et. al., 1999; Rowland, Cooper, Heiman, 1995), вивчення ролі неадаптивних когніцій (Wincze, Barlow), метод «фокусування на відчуттях» (Masters & Johnson; Kaplan; Wincze & Carey, 1991).

5. У відповідності до моделі роботи в КПТ та досвіду роботи виявилось ефективним використання таких методів як: сократівські діалоги з метою декатастрофізації, поведінкові експерименти, метод експозиції до думок, метод «фіксації думок», метод «фокусування на відчуттях» (Masters & Johnson), робота із ресурсними копінг-думками та деякі ін..

6. Труднощі роботи з даною категорією клієнтів пов'язані насамперед з тим, що подібна робота вимагає максимальної відвертості з боку клієнтів з питань інтимно-особистісних, всебічного обстеження проблеми, а також є бажаною співпраця з партнеркою, яка була б зацікавленою у допомозі та проявляла б максимальну чуйність до проблеми свого партнера.

7. Результати роботи засвідчують про необхідність використання як поведінкових, так і когнітивних інтервенцій, однак розпочинати варто із поведінкових втручань.

Література

1. Бек Джудит. Когнитивная терапия: полное руководство. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006.
2. Каплан Х.С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. В.Л. Краева. - М.: Независимая фирма «Класс», 1994.— 160 с.
3. Клиническое руководство по психическим расстройствам. Под ред. Барлоу Д. 3-е издание. – СПб: Питер, 2008. – 912 с.
4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М: Per Se, 2002. – 879 с.
5. Келли Г. Основы современной сексологии. – СПб: Питер, 2000. – 896 с.
6. Маккей М., Девис М., Фэннинг П. Как победить стресс и депрессию. – СПб.: Питер, 2011.
7. Рожнов В.С. Сексуальная дисфункция и дезадаптация при невротических и соматизированных расстройствах у мужчин. – Харьков: Основа, 2001. – 271 с.
8. Старшенбаум Г.В. Сексуальная и семейная психотерапия. – М: Издательство высшей школы психологии, 2003. – 300 с.

9. Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
10. Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 161-175
11. Kaplan H.S. Disorders of Sexual Desire. New York: Brunner/Mazel, 1979.
12. Kaplan H.S. Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorder. New York: Brunner/Mazel, 1987.
13. Masters and Johnson. Human Sexual Inadequacy, Little Brown and Co., 1970.
14. Rosen, R.C. & Leiblum, S.R. (Eds.) Case studies in sex therapy. New York: Guilford Publications, 1995.
15. Woody, J.D. Treating sexual distress. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1992.