

ДИПЛОМНА РОБОТА

Застосування технік КПТ при гіполібідемії у жінок психогенного характеру.

Щербакова Ірина

Київ - 2019

Зміст.

Вступ.....	3
I. Опис скарг і проблем, з якими пацієнтка звернулася за допомогою..	4
II. Визначення та причини зниження лібідо у жінок.....	4
III. Дані обстеження пацієнтки.....	6
IV. Діагноз та обґрунтування.....	9
V. Формулювання випадку.....	10
VI. План терапії.....	10
VII. Перебіг терапії (частина 1).....	12
VIII. Секс-терапія і сексуально-еротичний тренінг.....	16
IX. Перебіг терапії (частина 2).....	23
X. Результат терапії.....	29
Рефлексія та висновки до дипломної роботи.....	29
Список використаної літератури.....	31
Формулювання.....	32

Вступ.

Проблема зниження сексуального бажання (лібідо) у жінок є дуже актуальною в сучасному світі. Так, при проведенні в Швеції загальнонаціонального рандомізованого дослідження по вивченню сексуального здоров'я жінок різних соціальних груп, виявлено, що 33,0% обстежених пацієнток відмічали зниження сексуальної цікавості набагато раніше своїх партнерів. При проведенні сексологічного опитування 1335 жінок різних вікових груп в скандинавських країнах, зниження сексуального бажання відмічено у 1068 (80%) обстежених. Дослідження, проведені у Франції, показали, що у пацієнток, які страждають аноргазмією і диспареунією, у 60% випадків першочергово спостерігалось зниження сексуального бажання. При цьому, слід відмітити, що більшість обстежених жінок хотіли б отримати професійну допомогу при таких порушеннях, оскільки пов'язували можливість продовження молодості і активності в суспільстві із благополуччям сексуального здоров'я.

В одному з самих багаточисленних досліджень поширеності сексуальних розладів, яке проводилося одночасно в 29 європейських країнах у 2004 році (обстежено 13882 жінки і 13618 чоловіків у віці від 40 до 80 років), було відмічено переважання зниження лібідо в структурі сексуальних дисфункцій у жінок, в той час як ще десять років тому провідні позиції займали порушення збудження і оргазму (Branderburg U., Schwenkchagen A., 2004).

При проведенні комплексного, в тому числі сексологічного, обстеження 1197 жінок різних вікових груп в Україні у 45,9 – 71,9% відмічено зниження бажання. Частота сексуальної дисфункції з віком збільшувалася і корелювала з фактором стресу, економічної нестабільності, порушенням добробуту в родині і суспільстві і порушенням гінекологічного і соматичного здоров'я. В той же час проведені дослідження дозволили переконатись в тому, що відчуття сексуальної затребуваності асоціюється з продовженням життєвої активності і молодості у 32,45% жінок після 60 років і у 18,7% - після 70 років (Ромащенко О., Мельников С., 2005).

Зі своєї клінічної практики можу сказати, що абсолютна більшість жінок, які звертаються до мене за сексологічною допомогою, скаржаться саме на зниження сексуального бажання як до свого чоловіка, так і взагалі. При цьому, це є досить молоді жінки віком в середньому від 20 до 35 років. Проте такий вік не є показовим, а пов'язаний скоріше з нормами моралі, оскільки жінки більш старшого віку за допомогою майже не звертаються, адже просто

соромляться говорити на теми, пов'язані із сексом, або вважають що в старшому віці сексу вже не має бути і тому зниження бажання є нормальним.

Враховуючи значну поширеність, я вважаю що ця тема є дуже актуальною, адже зниження сексуального бажання у жінки негативно впливає як на стосунки у родині, так і на її жіноче здоров'я, а також призводить і до різноманітних психічних розладів, зокрема депресії. Тому допомога жінкам з даною проблемою є вкрай необхідною. Зважаючи на все це, я і обрала тему «Застосування технік КПТ при гіполібідемії у жінок психогенного характеру» для написання своєї дипломної роботи. Як приклад, хочу навести випадок досить успішної роботи з однією із моїх пацієнток.

I. Опис скарг і проблем, з якими пацієнтка звернулася за допомогою.

На прийом звернулася пацієнтка Оксана (ім'я змінене з етичних міркувань) 24 років разом зі своїм чоловіком зі скаргами на те, що вона не відчуває сексуального бажання до свого чоловіка, примушує себе до інтимної близькості з ним і ніколи в житті не відчувала оргазму. Це все поступово призвело до того, що стосунки з чоловіком значно погіршилися і пара знаходиться на межі розпаду. Проте вони дуже кохають один одного і хочуть зберегти стосунки, а заради цього готові обоє працювати над вирішенням проблеми.

II. Визначення та причини зниження лібідо у жінок.

Гіполібідемія – це суттєве зниження інтенсивності сексуального потягу, яке не пов'язане патологічними змінами і психіці або наявністю соматичної патології. При гіполібідемії жінка може вступати у статеві зв'язки, отримувати деяке сексуальне задоволення, проте її сексуальна ініціатива буде суттєво знижена. Якщо мова іде про гіполібідемію як розлад, а не про слабку статеву конституцію чи природне вікове зниження лібідо, то вона завжди характеризується часовим фактором, тобто виникає після періоду суб'єктивно і об'єктивно більш інтенсивного статевого потягу у жінки. Досить часто причинами гіполібідемії є дисгамії, особистісні чи соціальні фактори, також затримки розвитку, відсутність еротичного тренування та інше, які знаходяться поки ще в стадії компенсації. При декомпенсації вказані стани переходять в алібідемію.

Причинами істинної гіполібідемії, тобто стану, який не пов'язаний з соматичним або психічним захворюванням, можуть бути соціальні і психологічні, в тому числі міжособистісні, фактори. Так, тривала відсутність задовільних умов і адекватної обстановки для здійснення статевого акту (сумісне проживання з рідними, відсутність окремої спальні, присутність дітей поряд) може стати причиною сексуального охолодження жінки, сексуальність якої більшою мірою залежить від ситуативних факторів, ніж сексуальність чоловіка. В сім'ях, де на працюючу жінку також повністю покладається ведення домашнього господарства, фізична втома та стрес можуть також знижувати інтенсивність сексуального потягу.

Серед психологічних факторів розвитку гіполібідемії особливу роль відіграють особистісні особливості, серед них помилкове ставлення жінки до сексуальності, яке може бути обумовлене не лише характером виховання, але і релігією, традиціями батьківської родини, низьким рівнем знань. Репресивний характер статевого виховання може призводити до формування негативної установки до сексу як до чогось «брудного», постидного, осудливого і, відповідно, внутрішнього пригнічення проявів власної сексуальності. Окрім того, в основі гіполібідемії можуть лежати неусвідомлені фактори, наприклад, латентна чи прихована гомосексуальність, а також психічні травми, що пов'язані з сексуальними інцидентами в дитинстві, наявність в анамнезі факту зґвалтування, болюча дефлорація і невдалий перший сексуальний досвід в цілому, страх завагітніти чи заразитися інфекціями, що передаються статевим шляхом.

Особливості міжособистісної взаємодії з чоловіком/партнером, особливо образа на нього, невирішені конфлікти, агресія, що подавляється, сексуальна некомпетентність чоловіка або його сексуальна неспроможність, при зтяжньому характері можуть призводити до ослаблення сексуального потягу жінки до статевого акту.

Зниження лібідо може бути симптомом психічних розладів, серед яких на перший план виступають депресивні синдроми різноманітної природи і шизофренія. Серед органічних захворювань переважають гормональні розлади (недостатність функції статевих залоз, гіпофіза, гіпоталамуса), а також хронічні виснажуючі системні чи органічні захворювання, перенесені вірусні захворювання, гінекологічні інфекції, кольпіт, сегментарне ураження нервової системи, дистрофія яєчників, вроджені вади розвитку статевих органів, запальні захворювання і недостатнє кровонаповнення венозних

сплетень, захворювання спинного мозку, цукровий діабет, патологія серцево-судинної системи.

Тимчасову втрату сексуального потягу обумовлюють інтоксикації (отруєння важкими металами, наркотичні речовини, алкоголь, двоокис вуглецю), прийом антидепресантів, транквілізаторів, нейролептиків, оральних контрацептивів, барбітуратів, адрено-блокаторів.

Вплив на лібідо можуть мати і фізіологічні фактори, такі як слабкий тип статевої конституції, фаза менструального циклу, порушення гормонального балансу (зниження тестостерону, підвищення пролактину), сухість піхви, зміни перед- і клімактеричного періоду, порушення циркадних ритмів, загальне зниження життєвого тону.

Алібідемія – це стан, при якому сексуальне бажання у жінки відсутнє або різко знижене. Такі стани також називають асексуалізмом чи гіпосексуалізмом. Причинами алібідемії можуть бути різноманітні гормональні порушення (і в першу чергу, інфантилізм) як на гіпоталамо-гіпофізарному рівні, так і порушення функції статевих залоз, інтоксикації наркотиками, снодійними, нейролептиками і транквілізаторами, гіпоталамічні ураження травматичного, інфекційного чи інтоксикаційного генезу, депресивні стани, психотравмуючі впливи та ін. Однією з частих причин є виникнення захисного гальмування статевого потягу при дисгамії. Алібідемія може бути наслідком грубої болісної дефлорації, затримки психосексуального розвитку і як наслідок відсутність емоційно-еротичного досвіду та інші психогенії.

В деяких випадках причиною статевої холодності може бути психічна травма, що була перенесена жінкою багато років тому, особливості початку статевого життя, психологічні (особистісні) особливості, характер взаємовідносин з партнером.

Стани гіпо- і алібідемії в МКХ-10 відносять до коду F52.0 «Відсутність чи втрата статевого потягу». При цьому втрата статевого потягу є основною проблемою, а не вторинною по відношенню до інших сексуальних розладів, таких як диспареунія у випадку жінок. Відсутність статевого потягу не виключає сексуального вдоволення чи збудження, проте робить ініціацію статевої активності менш вірогідною. В цю діагностичну категорію включаються фригідність і розлад гіпоактивного сексуального потягу.

III. Дані обстеження пацієнтки.

1) Ідентифікуюча інформація.

Освіта вища, лінгвіст, працює офіс-менеджером. Перебуває в громадянському шлюбі 1,5 роки, дітей не має.

2) Історія життя і розвитку захворювання.

В дитинстві була активною дитиною, любила спілкуватися. Дуже любила тата. Батько часто зловживав алкоголем і через це батьки часто сварилися у неї на очах, дуже боялася. Через це зараз боїться дорослих людей, особливо чоловіків, і особливо у стані алкогольного сп'яніння. Думала, що вона винна в конфліктах батьків. Дуже боялася маму, так як вона її сварила, наказувала, біла. Проте в конфліктах батьків завжди захищала маму. Приблизно в 6-7 років батько пішов з родини, проте їй про це не сказали. В цей час вона близько півроку жила у бабусі, а батьки її взагалі не навідували. Одного разу, коли вона лежала в лікарні тато приїхав до неї, але потім дізналася, що не до неї, а розлучатися, а до неї просто забіг дорогою – було дуже боляче. Після цього 2 роки було дуже важко, багато плакала. У тата з'явилася інша жінка. Мама хотіла його утримати і це призвело до жахливих скандалів і бійок. Після цього батько забрав документи на будинок і поїхав. Після цього бачилися приблизно раз на рік – дуже сумує і продовжує його любити. В підлітковому віці заради зустрічі з батьком спеціально провалила іспити в коледж. Батько та мати ненавиділи один одного і уникали зустрічей, а вона була заручницею ситуації, «між двох вогнів». Остаточне розчарування у батьку було, коли він кілька років тому не захотів проїхати 10 км для того, щоб зустрітися з нею, хоча вона заради зустрічей з ним кидала усе. Після цього стосунки з батьком сильно зіпсувалися, батько звинуватив її в тому, що вона погана дочка і вони більше не бачилися, хоча знає, що він приїздив в Україну. З мамою стосунки були формальні. Вона вдруге вийшла заміж. Стосунки з вітчимом були нормальні, проте він забирав увесь час мами. Слова любові і похвали від батьків в свою адресу не пам'ятає. Обійми та поцілунки (між батьками, батьками і донькою) в родині не були прийняті.

В школі навчалася добре. Стосунки з однолітками і однокласниками були без особливостей. По закінченню школи поступила в інститут іноземних мов. По закінченню інституту деякий час працювала викладачем, проте через брак коштів полишила цю роботу і пішла працювати офіс-менеджером.

Про секс дізналася в 7-8 років, бачила, як батьки займаються сексом – сильний стрес і страх, адже знала, що у мами є проблеми по гінекології і якщо вона народить ще одну дитину, то може померти. В Оксани сформувалося розуміння, що секс=вагітність=смерть. Пізніше зрозуміла, що

секс – це добре. Багато читала і знала про секс, у школі були хороші уроки статевого виховання. Мастурбацією займалася приблизно з 10 років – відчуття подобалися, проте ні до чого не призводили.

Перший чоловік – це перше кохання, проте стосунки з ним були досить складні. У нього була інша дівчина в іншому місті. З тією дівчиною він розлучився і вони зустрічалися 2-3 місяці. Після цього був статевий акт, перший в її житті. Це було усвідомлене рішення, збудження було, проте це був «шок» - було дуже боляче і все відбулося дуже швидко, також був страх, що їх застануть, але відмічає, що емоції, незважаючи на все це, були позитивні. Проте через кілька днів вони розлучилися і він повернувся до колишньої дівчини – було дуже боляче, проте не звинувачувала його в цьому, внутрішньо була до цього готова. Після розставання не бачилися близько 6 місяців.

Познайомилася з іншим чоловіком, зустрічалися близько 3х років на відстані, бачилися рідше 1 разу тиждень – було важко. Любила його, була прив'язаність. З ним не було періоду залицянь. На сексі він наполіг – неприємне враження. Він завжди наполягав на сексі, вона не хотіла, проте уступала, адже «мужику треба». В сексі з ним прелюдія була, проте дуже коротка. Фізичне збудження виникало, проте моральне – ніколи. Неприємні відчуття були присутні практично завжди і зараз цей страх існує. Він вважав її своєю власністю і не поважав. Жили разом кілька місяців, зрозуміла, що він їй не підходить і вони розійшлися.

Поступово почали складатися дружні стосунки з її першим чоловіком – він піклувався про неї, поважав, він оплатив їй поїздку в Польщу до другого чоловіка і потім психолога. Після її повернення почали жити разом, в стосунках все добре. Секс Оксана хоче близько 1 разу на місяць, збудження відчуває, на початку статевого акту є неприємні відчуття, проте Оксана описує їх як легкі. Оргазм не відчувала ніколи. Один раз була близька до оргазму, проте злякалася і він не відбувся. При схрещених ногах відчуває «мікрооргазми». Якщо не відчуває, що чоловік клонить до сексу, то його дотики подобаються, а коли розуміє, що це до сексу – страх, неприємно, небажання, відчуття провини, боротьба з собою, іноді плаче. З чоловіком це викликає напруження, проте всі проблеми обговорюють, він готовий допомагати. Сильне збудження виникає в момент, коли секс не можна. Кунілінгус неприємний – «там брудно». Є страх, що чоловік її покине. Вагітності зараз не хоче і боїться, так як немає фінансової спроможності.

Контрацепція – презерватив та перерваний статевий акт, пробувала гормональні контрацептиви, проте від них набирає вагу.

3) Психіатричне обстеження.

Скарги: порушення сну – важко засинати, вночі часто прокидається, вранці відсутнє відчуття відпочинку, швидка втомлюваність, зниження сил та енергії, апатія, ангедонія, зниження настрою, сльозливість, погіршення пам'яті, розсіяність, зниження апетиту, часті головні болі. Пацієнтка відмічає, що дані скарги присутні більше півроку, проте вона не звертала на них уваги.

Психічний статус: пацієнтка контактна, активно виказує свої скарги, налаштована лікуватися. Орієнтована в часі і просторі. Емоційно лабільна, плаче, фон настрою знижений. Мислення впорядковане. Продуктивної психотичної симптоматики не виявлено. Суїцидальні думки заперечує. Критична.

4) Дані діагностичних шкал і додаткових методів обстеження.

Пацієнтка соматично здорова. Враховуючи скарги пацієнтки, їй було рекомендовано звернутися на консультацію до гінеколога, ендокринолога (патології не виявлено), невропатолога (патології не виявлено).

Гінекологічний анамнез і результати огляду: менструації з 14 років, болісні, цикл нерегулярний. Цикл почав встановлюватися кілька років тому після початку статевого життя і прийому регулона протягом 4 місяців. Дуже часто непокоїть молочниця, до кількох разів на місяць. При огляді гінеколог органічної патології і запальних змін не виявив. Аналіз крові на статеві гормони показав відсутність будь-яких відхилень від норми.

Для діагностики також були використані такі шкали: рhq-9 – 14 балів і шкала тривоги Бека – 7 балів.

IV. Діагноз та обґрунтування.

Враховуючи дані історії життя та розвитку захворювання пацієнтки, відсутність будь-якої органічної патології за результатами всебічного обстеження можна зробити висновок про те, що проблема пацієнтки носить суто психогенний характер. Також, враховуючи дані психіатричного обстеження і результати опитувальників, можна зробити висновок, що пацієнтка має супутній депресивний розлад помірного ступеню, проте, враховуючи час появи скарг, можна стверджувати, що він є вторинним по

відношенню до проблеми зниження лібідо і зумовлений переживаннями пацієнтки стосовно своєї проблеми, а також негарздами у стосунках з чоловіком через це.

Діагноз: Сексуальна дисгармонія подружньої пари зумовлена психогенною гіполібідемією у дружини. Депресивний епізод помірно виражений.

V. Формулювання випадку.

На основі обстеження, яке тривало перші 2 сесії, сумісно з Оксаною було побудоване формулювання випадку. Дане формулювання є досить класичним в сенсі його відповідності сучасній когнітивно-поведінковій моделі депресії та зниженої самооцінки. На основі виявлених причин (тривога, страх, уникнення) сексуальних розладів та погіршення стосунків із чоловіком, а також розумінні моделі тривожних розладів, були побудовані підтримуючі цикли, що пояснюють формування даних проблем.

Формулювання випадку Оксани наведене в кінці документу.

VI. План терапії.

Список проблем:

1. Відсутність сексуального потягу до чоловіка, ніколи не відчувала оргазму і внаслідок цього погіршення стосунків з чоловіком.
2. Депресивний розлад.
3. Знижена самооцінка.

Цілі терапії:

1. Почати насолоджуватись сексуальними стосунками з чоловіком і покращити стосунки з ним.
2. Вийти з депресії.
3. Почати адекватно сприймати себе.

Показання до терапії:

Згідно рекомендаціям NICE 2004 року, КПТ є психотерапевтичним методом «першого вибору» при лікуванні депресії у дорослих. Також КПТ є ефективним методом роботи з проблемою низької самооцінки через її вплив на думки, ГП та ПЖ пацієнта. Стосовно ефективності КПТ при роботі з парами, в дослідженні, проведеному Американською асоціацією сумісно з

Університетом Колумбії виявлено, що 68,7% респондентів вказали, що вони найчастіше застосовують КПТ в комбінації з іншими методами (Psychotherapy Networker, 2007), а це свідчить про корисність і ефективність даного методу для роботи з парами.

План терапії:

В даному випадку рекомендована індивідуальна терапія Оксани стосовно таких проблем, як депресивний розлад і знижена самооцінка. Стосовно терапії сексуального розладу, то виходячи з того, що секс – парна функція, рекомендовано для вирішення даної проблеми парна терапія разом з чоловіком. Враховуючи те, що більшість антидепресантів знижують лібідо, то Оксані прийом цих препаратів не рекомендований. КПТ рекомендовано 1 раз на тиждень, в кінці – бустерні сесії з поступовим збільшенням інтервалу між сесіями. Орієнтовно 30 – 40 сесій.

I етап: робота по зменшенню симптомів депресії.

1. Психоедукація (усно, книжка) і соціалізація в КПТ.
2. Техніка дистанціювання від думок.
3. Поведінкова активація з акцентом на використанні активностей, які не вимагають розвитку навичок чи змін в житті (прогулянки та спілкування з чоловіком, догляд за собою, шопінг, тощо).
4. Навчання тестуванню НАДів і розпізнавання когнітивних фільтрів, типових для депресії.

II етап: робота з низькою самооцінкою і дисфункційними ПЖ.

1. Психоедукація стосовно самооцінки і ПЖ. Перегляд формулювання. Зв'язок з історією розвитку.
2. Когнітивне тестування схем, пов'язаних з низькою самооцінкою, розвиток адаптивної самооцінки і самоприйняття.
3. Експеріментальна робота на послаблення схеми низької самооцінки: техніка крісел, імагінативна рескрипція, лист собі тощо.
4. Поєднання попередньої роботи: майндфулнес, тестування НАДів, розпізнавання фільтрів з роботою з низькою самооцінкою. Написання флешкарти. Майндфулнес схеми.
5. Когнітивне тестування дисфункційних ПЖ. Розвиток адаптивних ПЖ.
6. Ідентифікація навичок і моделей поведінки, які необхідно розвинути, щоб жити з новими ПЖ (асертивність, соціальні навички, говорити про свої потреби тощо).
7. Тренування і розвиток навичок – на сесії і поза сесією в житті.

III етап: робота направлена на покращення сексуальної функції та стосунків з чоловіком. На даному етапі роботу необхідно проводити у парному форматі.

1. Психоедукація стосовно проблеми зниження лібідо – пояснення основних фізіологічних процесів, які регулюють сексуальну функцію, причини виникнення даного розладу саме у Оксани, пояснення основних підтримуючих циклів, розвінчання міфів.
2. Тестування НАДів і розпізнавання когнітивних фільтрів, які виникають в стосунках і під час близькості з чоловіком.
3. Робота, спрямована на покращення комунікації та зближення партнерів – планування активностей, за необхідності навчання навичок.
4. Проведення поведінкових технік, які спрямовані на покращення сексуальної функції пари (самотійні заняття, сексуально-еротичний тренінг).

IV завершуючий етап: планування подальшого життя і розвиток навичок для попередження рецидивів та стресостійкості.

1. Стосовно подальшого життя – ідентифікація та доуточнення життєвих цінностей, розуміння щастя, планування «нового розділу» життя (враховуючи новий спосіб сприйняття себе, нові ПЖ). Постановка коротко- та довготермінових цілей. Планування кроків. Супровід (тривалий період бустерного супроводу 1 раз/місяць протягом кількох місяців для підтримки).
2. Менеджмент рецидивів і розвиток стресостійкості: перегляд/репетиція отриманих навичок, ідентифікація зон ризику, передвісників рецидиву і можливих дій у відповідь. Повторення і тренування навичок, пов'язаних з компонентами стресостійкості. Ідентифікація «валізки» ресурсів і засобів самопомоги.

VII. Перебіг терапії (частина 1).

1 – 4 сесії: обстеження, психоедукація, соціалізація в модель КПТ, побудова терапевтичного альянса.

Перші дві сесії були виключно діагностичними, проте вже на цьому етапі відбувалася побудова терапевтичного альянсу. На 3 та 4 сесіях – відбувалася робота над формулюванням і паралельно проводилася психоедукація відносно проблеми зниження лібідо та симптомів депресії, їх походження, типової моделі розуміння депресії, ролі підтримуючих циклів, а також відбувалася соціалізація в модель КПТ. Під час побудови формулювання

Оксана активно співпрацювала з терапевтом, а пояснення моделі її розладів дало їй певне емоційне полегшення, так як симптоми стали їй більш зрозумілими і це, в свою чергу, дало їй надію на можливість видужання. Терапевтичний альянс вдалося встановити досить швидко. Оксані дуже сподобався колаборативний стиль відносин в КПТ і необхідність її та її чоловіка активно брати участь у терапії.

П'ята сесія була проведена у парному форматі, на ній був присутній чоловік пацієнтки. Їм обом була надана повна інформація стосовно того, від чого залежить сексуальне бажання жінки, етапи розвитку жіночої сексуальності, причини та механізм розвитку зниження лібідо у Оксани та представлений план терапії. Також, враховуючи те, що натяки на інтимну близькість і сама близькість викликають у Оксани негативні емоції, а особливо страх і відчуття провини, а також наявність в результаті цього больових відчуттів під час статевого акту, парі було рекомендовано повністю утриматися від інтимних стосунків, а чоловіку не проявляти жодних натяків на близькість. Це було зроблено для того, щоб Оксана заспокоїлася і перестала у кожному дотику чоловіка бачити натяк на секс, який її лякає.

6-9 сесії були присвячені роботі з депресією. Не дивлячись на те, що депресивний розлад був вторинним по відношенню до проблеми зниження лібідо, проте розпочати терапію було вирішено саме з нього, адже для подальшої роботи над проблемою в інтимному житті Оксані необхідний був ресурс, якого на момент звернення у неї не було.

На початку цього етапу була проведена повторна психоедукація про депресивний розлад. Далі проводилася робота над поведінковою активацією. Проте, враховуючи те, що у пацієнтки є проблема в інтимному житті, яка на пряму залежить від взаємовідносин з партнером, а вони останнім часом стали сильно погіршуватися, то на цьому етапі було вирішено застосувати активності, які б могли покращити стосунки у парі, а для цього також був активно залучений чоловік. Парі було рекомендовано організувати один для одного цікаві побачення і більше часу проводити разом на прогулянках, більше спілкуватися. Також, враховуючи те, що Оксана дуже хотіла танцювати, парі було запропоновано разом почати відвідувати заняття з «соціальних» латино-американських танців, так як вони самі по собі мають певну сексуальну енергетику, а також те, що парні танці дуже зближують пару як тілесно, так і духовно. Оксані з чоловіком ця ідея сподобалася і вони вирішили спробувати. Також, враховуючи те, що Оксана не відчувала себе привабливою і сексуальною для свого чоловіка, а тому не

фарбувалася, вдягалася у спортивному стилі і не мала гарної білизни, їй було запропоновано разом з чоловіком піти на шопінг, де б вони обрали гарну сукню і білизну, про які Оксана мріяла. Те, що Оксана не фарбувалася, було пов'язане з тим, що вона не вміла цього робити і тому дуже комплексувала з цього приводу, а як вирішити цю проблему вона не знала, адже думала, що всіх дівчат цьому вчить мама. Тому їй було запропоновано відвідати курси «візаж для себе», де її б навчили цій примудрості. Оксана це сприйняла дуже радо, адже навіть не здогадувалася про їх існування.

Також, на цьому етапі проводилася робота по ідентифікації цінностей, яка виявила, що Оксана досить добре знає свої цінності і намагається їх реалізовувати у своєму житті. З плануванням у Оксани також не виявлено особливих проблем, тож цій темі час майже не приділявся. Враховуючи наявність у Оксани депресивних думок, на цьому етапі проводилося навчання техніці дистанціювання, а також розпочата бібліотерапія з книжки «Подолати депресію».

Цей етап роботи я вважаю досить успішним, адже стан Оксани значно покращився. Проте, на мою думку, успіх цього етапу залежав більшою мірою від того, що Оксана мала значну підтримку свого чоловіка і вони, як пара, дуже добре співпрацювали. А це, в свою чергу, дуже їх зблизило. На момент закінчення цього етапу пара відвідувала танці і їм це дуже сподобалося, організація побачень один для одного дала їм можливість глибше дізнатися про інтереси один одного, також вони почали більше спілкуватися і стали відчувати, що їх почуття стали схожими на закоханість. Також Оксана почала відвідувати курси візажу і стала навіть на сесії приходити з макіяжем. Шопінг з чоловіком їй дуже сподобався, адже вона побачила, що він почав нею захоплюватися, а це призвело до того, що вона захотіла взагалі змінити свій імідж і навіть сама відвідала салон краси, де зробила нову зачіску і манікюр, чого раніше не робила ніколи і чим дуже здивувала свого чоловіка. Також, «заборона» сексуальних стосунків і те, що чоловік Оксани перестав робити натяки на інтимну близькість, призвело до того, що Оксана стала спокійніше реагувати на його дотики і їй самій захотілося його торкатися.

10 – 16 сесії були присвячені роботі з негативними автоматичними думками, проте на цьому етапі також продовжувалася робота над поведінковою активацією і робота, направлена на покращення стосунків з чоловіком. В процесі навчання ідентифікації НАДів було виявлено такі гарячі когніції, як «я погана дружина», «мій чоловік не щасливий зі мною», «через мою проблему чоловік мене скоро покине», «я неповноцінна жінка». Розуміння поняття

когнітивних фільтрів і використання техніки тестування думок дало Оксані деяке усвідомлення того, що її думки не відповідають дійсності, проте остаточної віри в це у неї не виникло і сумнівів було ще дуже багато. В процесі пошуку шляху вирішення цієї проблеми було виявлено, що Оксана ніколи відверто не обговорювала з чоловіком свої страхи і думки, проте ця розмова була б для неї дуже важливою, адже могла б дати відповідь на питання, що насправді про все це думає чоловік і чи дійсно він настільки не щасливий з нею, як вона думає. Проте, самотійно поговорити про це з чоловіком Оксана дуже боялася, адже по-перше, не була впевнена, що він буде з нею відвертий, а не просто пожаліє і скаже, що все нормально, а по-друге, що вона не витримає, якщо він скаже, що дійсно не щасливий і хоче піти. Тому було вирішено, що Оксана запросить чоловіка на сесію з метою поговорити про їх стосунки. Чоловік прийняв це запрошення і тому 14 сесія проходила у парному форматі, на якій за моєї підтримки, Оксана змогла відверто поговорити з чоловіком про те, що її непокоїть. В процесі розмови чоловік зміг донести до Оксани, що він її дуже кохає, що він з нею є щасливим і ні в якому разі не планує іти від неї і що саме через це він заохочує і всіляко підтримує її у вирішенні цієї проблеми. Ця розмова значно покращила стан Оксани, адже по-перше, вона отримала досвід відвертого спілкування з чоловіком, чого раніше не мала, а по-друге, майже зникло напруження стосовно того, що вона може його втратити, а це в свою чергу ще більше їх зблизило. Проте ця розмова майже не вплинула на думку про те, що вона через свою проблему є неповноцінною, бо думку чоловіка в цьому питанні Оксана не вважала об'єктивною. Для того, щоб отримати більш об'єктивну думку з цього приводу, Оксані було запропоновано провести соціологічне опитування людей з цього питання. Для цього було створено опитувальник, в якому чоловіків та жінок окремо просили відповісти на такі питання: 1) чи стикалися ви з тим, що у вас (вашої партнерки) було відсутнє сексуальне бажання; 2) що ви при цьому думали про себе (свою партнерку); 3) чи покинув вас чоловік (покинули ви жінку) через відсутність у вас (неї) лібідо; 4) чи підтримував вас чоловік (підтримували ви жінку) у вирішенні цієї проблеми; 5) чи вдалося вашій парі подолати цю проблему; 6) чи вплинула ця проблема і боротьба з нею на подальше функціонування вас як пари. Результати цього опитування приємно вразили Оксану, адже вона зрозуміла, що з проблемою зниження лібідо у жінки протягом різних етапів життя стикаються дуже багато пар і у багатьох із них це не призводило до розриву і тим паче, лише одиниці (на жаль були і такі) дали відповідь про те, що вважають жінку, яка не хоче сексу, неповноцінною і не бачать сенсу продовжувати стосунки з нею. Проте, досвід попередньої роботи і відповіді

інших людей, а також коментарі, в яких люди просто висловлювали свою думку з цього питання, дали Оксані змогу критично підійти до осмислення результатів опитування і зробити досить правильні висновки щодо ставлення як до своєї проблеми, так і до себе, як до жінки. Отже, на мою думку, цей етап роботи був досить продуктивним, адже допоміг Оксані по іншому, більш обнадійливо поглянути на свою проблему, повірите в те, що з нею можна справитися, а також відбулося значне покращення в стосунках з чоловіком. Окрім цього, я вважаю, що важливим результатом роботи на цьому етапі стало те, що Оксана сама виказала бажання на наступному етапі розпочати роботу саме з проблемою в сексі, що свідчило про її моральну готовність до близькості з чоловіком.

VIII. Секс-терапія і сексуально-еротичний тренінг.

Важливу роль в лікуванні різноманітних психогенних сексуальних розладів у жінок відіграє подружня секс-терапія. Цей метод корекції сексуальних порушень був розроблений американськими сексологами У. Мастерсом і В. Джонсон у 1970 році.

В основі методу лежить психотерапевтична робота лікаря з партнерами, яка націлена безпосередньо на сексуальний симптом і полягає у виконанні сексуальних задач, після чого партнери відверто обговорюють з лікарем перебіг виконання задач і ті відчуття, які при цьому вони відчували. За допомогою сексуальної терапії може бути досягнуто відверте обговорення бажань і відчуттів сексуальних партнерів, звільнення від страхів і поступове відновлення порушеної функції з пошуком і використанням найбільш ефективних стимулюючих сексуальних подразників і подолання зовнішніх і внутрішніх факторів з негативним впливом.

При здійсненні секс-терапії потрібно дотримуватись наступних положень: 1) індивідуалізований підхід з метою задоволення специфічних потреб кожної пари; 2) використання особливого лікувального підходу, який направлений на розкриття перепон, які блокують сексуальну функцію і їх подолання, а також на удосконалення сексуальної техніки; 3) накладання заборони на прямий сексуальний контакт для зняття страху очікування невдачі; потім парам допомагають знову відкрити чуттєве задоволення від доторку і відчуттів від нього без установки на особливу сексуальну реакцію; 4) допомога, направлена на досягнення необхідних відчуттів, власного потрібного налаштування, доторку чи стилю інтимної близькості; 5)

підведення пари до розуміння того, що секс – це лише один з компонентів їх відносин один з одним.

Секс-терапія починається з серії вправ по фокусуванню відчуттів, під час яких кожний з партнерів по черзі доторкається до тіла іншого, виключаючи грудні залози і статеві органи. Мета дотиків – навчитися сприйняттю тактильних відчуттів, здатності відчувати дотики партнера. Вони супроводжуються позитивними словесними сигналами.

Наступна стадія включає поширення дотиків на грудні залози і статеві органи. При цьому роблять акцент на усвідомленні фізичних відчуттів без очікування конкретної сексуальної реакції.

Наступна фаза включає освоєння одночасних взаємних дотиків. Пара попереджається, що яке б сексуальне збудження вони не відчували, статевий акт все ще не бажаний.

Остання стадія фокусування відчуттів заключається в продовженні тих же дій, але в певний момент пара переходить в позицію «жінка зверху» без спроби введення статевого члена. В цьому положенні жінка проводить гру з пенісом, гладить ним свої статеві органи і вхід у піхву, незалежно від наявності ерекції у чоловіка. При наявності ерекції жінка може ввести кінчик пеніса у піхву, не припиняючи концентрувати увагу на фізичних відчуттях, потім, припинивши цю дію, повертається до простих негенітальних дотиків чи обіймів при наявності взаємного страсного бажання. Коли на цьому рівні досягається відчуття комфорту, зазвичай статевий акт проходить без труднощів.

Всі ці методи являються частиною ретельно розробленої психотерапевтичної програми і можуть доповнюватися деякими іншими способами лікування різноманітних дисфункцій.

Методика сексуально-еротичного тренінга.

У більшості сексологічних хворих відмічається низький рівень сексуально-еротичної адаптації. З метою його підвищення розроблена методика сексуально-еротичного тренінга.

Сексуально-еротичний тренінг має наступні протипокази: 1) низький рівень соціальної і психологічної адаптації партнерів; 2) недостатня обізнаність у питаннях психогієни статевого життя; 3) психологічна неприйнятність проведення тренінгу; 4) порушення статевої поведінки і психосексуальної орієнтації. В таких випадках, перед тим як проводити сексуально-еротичний тренінг, необхідно нормалізувати рівень соціальної і

психологічної адаптації, підвищити обізнаність у питаннях психогієни статевого життя, а також нормалізувати статево-рольову поведінку і психосексуальну орієнтацію.

У подружжя з порушеною сексуальною функцією зазвичай порушена сексуальна мотивація: замість бажання надати одне одному максимально можливу насолоду, вони орієнтовані як на кінцеву мету статевої активності на досягнення сексуального задоволення свого партнера чи самого себе. Така настанова заважає повністю зосередитись на любовній грі, викликає тривогу через те, що статевий акт може закінчитися безуспішно, й замість позитивних емоцій виникає неприємне напруження.

Враховуючи це, під час лікувальних занять із подружжям слід насамперед змінити настанову: замість «успіху» орієнтувати їх на продовження любовної гри й на власні відчуття при різних тактильних подразненнях. Заняття слід проводити у зручній обстановці (усамітнення, температурний комфорт, інтимне освітлення тощо) протягом однієї години на добу. Подружжя мусить створити атмосферу взаєморозуміння й приємного настрою, намагатись відвернути увагу від повсякденних турбот, згадати про спільні приємні події й переживання тощо.

Проведенню тренінга передуює діагностичний етап, мета якого – виявлення ерогенних зон у пацієнтів, фізіологічних реакцій при впливі на них, а також виявлення психологічної прийнятності впливу на ту чи іншу ерогенну зону. З цією метою сексуальній парі пропонується карта ерогенних зон чоловіка і жінки, на якій партнери по запропонованій шкалі відмічають в таблиці чутливість кожної зони за себе і іншого, особливим знаком відмічається психологічна неприйнятність впливу на ерогенну зону. Потім заповнені карти звіряються. Це дає можливість кожній парі диференційовано проводити сексуально-еротичний тренінг.

Заняття 1. Відчуття взаємних тактильних подразнень. Чоловік і дружина повністю оголені. Один з них, зазвичай спочатку жінка, лежить у положенні на животі, а другий починає злегка торкатись до тіла лежачого. Використовують різні види доторкання, причому пасивний партнер поступово змінює положення свого тіла. Це повторюється 3 рази по 5 хв. Подружжя намагається якнайінтенсивніше переживати свої відчуття під час доторкань, повністю їм віддатися. Спочатку не слід торкатися статевих органів і грудей жінки, пізніше можна торкатися і цих ділянок тіла.

Під час занять не слід відволікатися, зосереджуватись на речах, не пов'язаних із переживанням тактильних відчуттів. Доречні зізнання у коханні,

захоплення партнером, прояви радості і хвилювання з приводу своїх переживань. Розмови про турботи, критичні висловлювання тощо є формою так званого «сексуального саботажу». Усі критичні зауваження щодо поведінки партнера слід обговорювати поза заняттями.

Заняття 2. Відчуття при стимуляції статевих органів жінки. Спочатку партнери один-два рази повторюють перше заняття. Потім чоловік сідає, спираючись на спинку ліжка чи стіну, а жінка сідає між його ногами спиною до нього. Спершу чоловік гладить груди та внутрішню поверхню стегон жінки. Потім жінка кладе свої руки на руки партнера і водить ними по своїх статевих органах способом, який їй приємний. Характер руху рук може змінюватися залежно від ступеня сексуального збудження жінки. На початку рухи мають бути повільними, дотик слабким. Далі, якщо це стає приємним, натискування рук може стати сильнішим, а рухи – швидшими. Якщо статеві органи жінки недостатньо зволожені, чоловік може змастити свої пальці яким-небудь лубрикантом.

Жінка повністю віддається своїм відчуттям. За допомогою чоловіка вона поступово досліджує чуттєвість своїх статевих органів, зокрема малих статевих губ і клітора. Іноді прямий дотик до клітора може бути неприємним, у таких випадках краще стимулювати його непрямым способом, через тканини, що його оточують. Можна також визначити чуттєвість входу до піхви, обережно вводячи один чи два пальці і помірно тиснучи навскіс донизу. Жінка не прагне досягнути оргазму, але якщо вона до нього вже наближається, то може сприяти його настанню (наприклад стисканням ніг, напруженням м'язів таза тощо). Зовнішні прояви настання оргазму жінка не пригнічує, а навпаки, посилює. Вона чітко дає зрозуміти чоловікові, коли в неї настає оргазм.

Здатність жінки реагувати на стимуляцію клітора іноді розвивається поступово, особливо, коли спосіб його стимуляції пов'язаний із наявністю забобонів.

Заняття 3. Відчуття при стимуляції статевого члена чоловіка. Всі заняття починаються із взаємного погладжування, створення приємного настрою і початкового збудження партнерів. Це заняття проводять передусім за наявності сексуальних розладів у чоловіків, але воно дає позитивний результат і при лікуванні жінок з алібідемією і аноргазмією.

Чоловік вільно лежить на спині, а жінка займає таке положення, яке б забезпечило зручний доступ до його статевого члена. Чоловік веде руку жінки й учить її стимулювати статевий член так, аби це давало йому

найбільше задоволення. Слід зосередитись на приємних переживаннях у зв'язку з цим, проте не прагнути до того, щоб при стимуляції обов'язково виникла ерекція чи еякуляція. Необхідно сконцентруватися на розбіжності відчуттів від дотику до різних ділянок. Слід уникати неприємних відчуттів при стимуляції статевого члена, для чого його голівку жінка може змастити лубрикантом.

Із появою достатньої ерекції жінка на деякий час припиняє стимулювати статевий член і відвертає увагу чоловіка від статевого збудження, щоб ерекція зникла. Після повторного досягнення ерекції стимуляцію знову припиняють. Так чинять упродовж півгодини з тим, щоб ерекція виникла за цей час приблизно тричі. Чоловік мусить навчитися зазнавати приємних відчуттів при дотику до неерегованого статевого члена.

Заняття 4. Продовжена стимуляція статевого члена. Жінка продовжує стимуляцію статевого члена аж до того моменту, коли наближається еякуляція, про що мусить повідомити чоловік. Перед настанням еякуляції виділяють дві фази: 1) чоловік відчуває наближення еякуляції, проте їй можна запобігти припиненням стимуляції чи стисканням голівки статевого члена; 2) еякуляцію не можна припинити жодним способом. Чоловік повинен навчитися розпізнавати першу фазу і своєчасно дати жінці знати про її настання з тим, щоб вона припинила стимуляцію. Після цього слід почекати деякий час, доки рівень збудження дещо знизиться, і потім знову продовжувати стимуляцію.

Метою заняття є досягнення чоловіком здатності витримати систематичну стимуляцію статевого члена (спочатку при стимуляції руками жінки, а в подальшому і в піхві) без швидкого настання еякуляції.

Заняття 5. Відчуття при контакті статевих органів (статевий член у піхві). При досягненні партнерами певного ступеня статевого збудження жінка сідає на коліна чоловіка і у цьому положенні рукою стимулює статевий член. При необхідності його можна дещо зволожити. Поступово вона наближає свої статеві органи до статевого члена. Якщо він не дуже напружений, жінка наближає його до входу в піхву і стимулює ним клітор і малі статеві губи, подібно до того, як вона проводила їх стимуляцію за допомогою рук чоловіка під час другого заняття.

Якщо статевий член напружується, то жінка поступово сама вводить його в піхву. Вона залишається сидіти у стані спокою і зосереджується на відчуттях, які викликає знаходження статевого члена в піхві. Чоловік також перебуває в спокої і зосереджується на тих самих відчуттях.

При зниженні напруження статевого члена його слід вийняти з піхви й знову провести мануальну стимуляцію. При повторному виникненні ерекції тренування продовжується. Через деякий час жінка починає здійснювати повільні фрикції, намагаючись зосередитися на відчуттях від просування статевого члена в різні частини піхви. Чоловік залишається в стані спокою і не вдається до фрикцій, не прагнучи до задоволення жінки, але зосереджується на власних приємних відчуттях, що виникають при її рухах.

Під час цього заняття слід кілька разів вийняти статевий член із піхви і через деякий час увести його знов. При наближенні еякуляції жінка припиняє фрикції чи виводить член з піхви. Пізніше при наближенні еякуляції досить на деякий час припинити фрикції, не виводячи статевого члена з піхви.

Припинення рухів найефективніше при глибокому зануренні члена в піхву. Бажано переривати фрикції приблизно три рази, а наприкінці заняття досягти еякуляції.

Упродовж заняття слід виключити занепокоєння з приводу можливого настання вагітності, тому протизаплідні заходи мають бути абсолютно ефективними. З цією метою бажане використання презерватива, причому краще, якщо його надягне жінка під час стимуляції статевого члена.

Заняття 6. Стимуляція клітора при введеному в піхву статовому члені. Метою заняття є досягнення оргазму при введеному в піхву статовому члені. Після звичайних взаємних пестощів жінка зверху насувається на статевий член і залишається у стані спокою. У цей час партнер рукою стимулює ділянку клітора, причому бажано, щоб жінка вела його руку. Часом вона може проводити стимуляцію і сама. Коли в жінки наближається момент оргазму, слід прискорити фрикції, щоб статево збудження досягло піку і у чоловіка.

Стимуляцію клітора при введеному в піхву статовому члені можна здійснювати й у положенні на боці (партнерка з положення сидячи зверху переходить із партнером у положення лежачи на боці, краще з випростаними ногами) чи в задньобічному положенні: чоловік вводить статевий член у піхву ззаду, а спереду стимулює ділянку клітора рукою.

Слід зазначити, що досягнення оргазму при стимуляції клітора чи комбінованій стимуляції клітора і піхви типове для багатьох жінок.

Заняття 7. Відчуття при комбінованій стимуляції під час фрикцій. Замість стимуляції рукою можна використовувати стимуляцію ділянки клітора об лобок партнера під час рухів при статовому акті. Найлегше цього можна досягти при двох положеннях: 1) жінка лягає зверху на чоловіка, витягується і

ковзає тазом по тазу чоловіка, при цьому її ноги щодо ніг чоловіка можуть перебувати ззовні, всередині або одна нога всередині, друга ззовні; 2) статевий акт починають у «класичному» положенні, коли жінка лежить знизу з розведеними і зігнутими в колінах ногами, після введення статевого члена в піхву чоловік переставляє свої ноги назовні від ніг жінки, а вона свої випростовує, чоловік здійснює свої рухи так, аби його таз злегка натискав на ділянку клітора.

Чоловік і жінка під час статевого акту не повинні проводити швидких фрикцій, доки жінка не наблизилася до оргазму. Швидкі рухи скоріше призведуть до настання еякуляції у чоловіка, ніж оргазму у жінки. Тому чоловік, враховуючи потреби жінки, у разі необхідності мусить пролонгувати статевий акт одним із випробуваних ним способів. Якщо еякуляція у чоловіка виникла раніше, ніж оргазм у жінки, але вона вже досягла сильного статевого збудження, вона може досягнути оргазму при додатковій стимуляції рукою чоловіка, рухи якої вона сама регулює.

При успішному перебігу занять можна поступово доповнювати їх різними варіантами, щоб домогтися розмаїття сексуальних переживань. Наприклад, партнери можуть спробувати упродовж одного статевого акту змінити кілька положень, вибір яких залежить від їхньої власної фантазії. Закінчують статевий акт у тому положенні, в якому жінці найлегше досягти оргазму.

Бажано, щоб і після успішного закінчення лікувальних занять подружжя орієнтувалося здебільшого на спільні відчуття, які виникають внаслідок ніжних тактильних подразнень, ніж на «успішний статевий акт»; це дасть їм змогу культивувати якість тривалої любовної гри в цілому, а не тільки якість короточасного оргастичного завершення.

Додаткові особливості корекції сексуальних розладів (гіполібідемії і аноргазмії) у жінок.

Для лікування гіполібідемії і аноргазмії у жінок використовують наступні технічні прийоми: 1) заохочення жінки до вивчення власного тіла і опанування генітальної стимуляції; 2) зняття страху перед діями; 3) налагодження сексуальних стосунків, які дають можливість вказати партнеру, який вид доторків чи стимуляції кращий в даний момент; 4) усунення перешкод, які обмежують здатність до сексуального збудження чи блокують оргазм.

J. Lo Piccolo зі співробітниками доповнив сексуальну терапію жінок з гіполібідемією та аноргазмією аутоstimуляційними тренуваннями, які

проводяться перед початком спільних занять подружжя чи паралельно з ними. Їх метою є визначення реакції свого тіла та підвищення сексуальної збуджуваності.

Самостійні заняття для жінок:

1. Зосередження на сексуальних відчуттях, які виникають при уявленні інтимних сцен, що краще проводити у стані релаксації із заплющеними очима. Цей підхід може стати методом десенсибілізації для жінок, у яких уявлення про статевий акт пов'язане з відчуттям провини і сорому.
2. Зосередження у стані релаксації на відчутті власних геніталій як важливої частини свого тіла; це можна поєднувати з відчуттям тепла внизу живота.
3. Розглядання картин сексуального змісту з уявленням власної участі в зображених сценах. В цьому пункті я рекомендую пацієнткам також читання літератури сексуального змісту, що також розвиває сексуальну уяву та фантазії.
4. Тренування м'язів тазового дна (вправи Кегеля), головним чином ізольоване тренування м. *pubococcygeus*, скорочення якого можна ідентифікувати, випускаючи невелику кількість сечі у положенні з широко розведеними ногами.
5. Вивчення власних геніталій за допомогою дзеркала.
6. Вивчення чуттєвості ділянки геніталій до різних дотиків власних рук; перехід від дотиків до систематичної аутоstimуляції з метою підвищити сексуальну збудливість і надалі – досягти оргазму. При спробі досягти оргазму можна користуватися вібратором.

Всі перераховані методики характеризуються швидкістю та інтенсивністю лікування сексуальних проблем. Застосування методу секс-терапії дозволяє знизити напруження, відновити порушену функцію шляхом здійснення функціонального тренінга, використовувати найбільш ефективну сексуальну стимуляцію, усунути зовнішні і внутрішні фактори, які мають негативний вплив, прибрати страх.

ІХ. Перебіг терапії (частина 2).

17 – 25 сесії були присвячені роботі, спрямованій на вирішення проблем в сексуальній сфері та гармонізацію сексуальної функції. Для цього були застосовані поведінкові вправи на основі сексуально-еротичного тренінгу і робота проводилася як в індивідуальному, так і у парному форматі.

17 сесія була присвячена психоедукації про причини та механізм формування проблеми, а саме відсутності лібідо та поясненню подальших кроків щодо лікування. Ця сесія проводилася в індивідуальному форматі, оскільки у Оксани могли виникнути інтимні питання, які б вона не змогла відверто задати в присутності чоловіка. Також на цій сесії було пояснено самостійні заняття для жінок (описані вище) – надано пояснення їх впливу на сексуальну функцію і обґрунтування необхідності їх виконання. На домашнє завдання було запропоновано їх щоденне виконання протягом не менше 1 години. Під час обговорення результатів виконання цього домашнього завдання Оксана зазначила, що їй вдалося виконувати всі заняття окрім вивчення власних геніталій за допомогою дзеркала і вивчення чуттєвості ділянки геніталій до різних дотиків власних рук, оскільки ці завдання викликали у неї дуже сильний сором. При детальному обговоренні цієї проблеми виявилось, що «сором» - це тривога, яка супроводжується думками про те, що «геніталії – це щось брудне, їх не можна торкатися, порядна жінка не має такого робити тощо». За допомогою сократівського діалогу та тестування думок вдалося знизити ступінь переконання в цих думках, а відповідно і рівень тривоги. Також Оксані була пояснена техніка експозиції і для навчання їй, на сесії Оксані було запропоновано через одяг покласти свою руку на ділянку геніталій. Це викликало тривогу на 8-9 балів і внаслідок цього бажання прибрати руку, проте через деякий час Оксана відмітила поступове зниження рівня тривоги, що сильно її здивувало, а за деякий час тривога впала майже до 0-1 балів. У підсумку цієї сесії як домашнє завдання Оксані було запропоновано продовжувати самостійно виконувати експозиції з доторканнями до геніталій і записувати результати у щоденник. Наступної сесії Оксана відмітила, що їй вдалося виконати домашнє завдання і на даний момент вона може спокійно не лише доторкатися до геніталій, а і проводити аутостимуляцію, а це, в свою чергу, дало навіть деякі приємні відчуття. Проте подивитись на свої геніталії за допомогою дзеркала Оксана так і не змогла. У зв'язку з цим їй було запропоновано допомогу у цьому лікаря-гінеколога, на що вона радо погодилася. Решту часу сесії було проведено в гінекологічному кабінеті, де за моєї підтримки і з допомогою гінеколога Оксана поступово змогла поглянути на свої геніталії і вивчити їх будову. Як домашнє завдання було запропоновано продовжувати розглядати свої геніталії і проводити аутостимуляцію. 20 сесія була присвячена обговоренню результатів попередньої роботи і підготовці до наступної парної роботи з чоловіком. 21 – 25 сесії були проведені у парному форматі. На 21 сесії Оксані та її чоловіку було пояснено план подальшої роботи та надані обґрунтування

користі від виконання занять сексуально-еротичного тренінгу. Також парі було пояснено техніку виконання 1го заняття. Проте, під час цього обговорення Оксана зазначила дві проблеми, які можуть завадити виконати це завдання. Перша проблема полягала в тому, що Оксана дуже соромилася оголюватися перед чоловіком, і необхідність цього викликала у неї сильну тривогу, а друга проблема полягала у тому, що будь-які доторкання чоловіка до її оголеного тіла також викликали сильну тривогу. Для вирішення цієї проблеми парі (Оксані повторно) була проведена психоедукація щодо тривожності і пояснена техніка проведення експозиції до тригера, що викликає тривогу, а також наголошено, що подолання саме цих проблем і є одним із завдань даного заняття. На домашнє завдання парі було запропоновано виконання заняття 1, проте, враховуючи озвучені проблеми воно було дещо модифіковане. Перед початком виконання цього завдання Оксані було запропоновано вдягти красиву білизну, а зверху неї вдягти одяг, в якому вона буде почувати себе комфортно. Після цього почати поступово роздягатися перед чоловіком, застосовуючи техніку експозиції, поки не залишиться у білизні і буде спокійно себе в ній почувати. Після цього, не знімаючи білизни, перейти до виконання заняття 1. Також, якщо певні доторки чоловіка будуть викликати сильну тривогу, то зупинитися в цей момент і щоб чоловік продовжував цей дотик доти, доки не спаде тривога. До статевих органів Оксани було рекомендовано не торкатися, до грудей – на розсуд Оксани. Наступної сесії, під час обговорення результатів виконання домашнього завдання, пара зазначила, що їм вдалося виконати навіть більше. Стосовно оголення перед чоловіком Оксана відмітила, що насправді тривога виявилася меншою, ніж вона очікувала, тому оголитися до білизни їй було не складно, проте в перший день далі вона не пішла. Стосовно дотиків, пара зазначила, що це було набагато важче, що деякі з них викликали тривогу у 8-9 балів, проте техніка експозиції допомогла знизити її майже до 0 і тому на четвертий день пара вирішила спробувати дотики до грудей. В момент оголення грудей і на початковому етапі дотиків до них тривога також піднімалася до 9-10 балів і парі доводилося застосовувати експозицію. Це значно знизило рівень тривоги і Оксана змогла повністю розслабитися і навіть відчувала збудження. Протягом наступних двох днів Оксана навчилася відчувати приємні відчуття і дотики навіть почали їй подобатися. Окрилена цими результатами і збудженням Оксана самостійно вирішила спробувати повністю оголитися перед чоловіком і дозволити йому доторкатися до лобка і на її подив це майже не викликало тривоги, а принесло певне задоволення. Доторкання до тіла чоловіка Оксані подобалися і викликали позитивні емоції. Також, Оксана зазначила, що продовжує виконувати самостійні завдання і як

результат цього почала відчувати приємні відчуття при доторканні до своїх статевих органів. Враховуючи ці результати пари була пояснена техніка виконання занять 2 і 3, які були дані на домашнє завдання. Під час обговорення результатів роботи пари, вони зазначили, що при виконанні домашнього завдання вони стикнулися з певними труднощами, проте їм вдалося самотійно з ними впоратися. Першою трудностю було те, що у Оксани виникла тривога в 9-10 балів в момент, коли чоловік доторкнувся до її статевих органів і потім також певні дотики викликали посилення тривоги. Для вирішення цієї проблеми пара застосувала техніку експозиції і тривога поступово, протягом кількох днів зменшилася. Поступово Оксана почала отримувати від цього задоволення. Другою проблемою виявилось те, що Оксані було дуже важко доторкнутися до статевого члена чоловіка. Проте вона змогла побороти свій страх і їй навіть сподобалося проводити його стимуляцію. Також Оксана похвалилася тим, що один раз при самотимуляції змогла досягти оргазму. Наступним парі було запропоноване виконувати заняття 5, проте воно було дещо модифіковане. Перший етап даного заняття парі було запропоновано робити таким чином: в положенні сидячи на колінах у чоловіка або, якщо чоловік лежить, то в області його тазу, Оксана бере в руки статевий член чоловіка і водить ним по своїм статевим органам до тих пір, поки не зникне тривога (якщо вона виникне) і вона не почне відчувати приємні відчуття. Після цього Оксана має самотійно ввести статевий член у піхву. Також, враховуючи те, що виконання даного завдання пов'язане з ризиком вагітності, яка на даний момент для пари є небажаною, були обговорені методи контрацепції і було рекомендовано використовувати презерватив. Під час обговорення результатів виконання даного завдання Оксана зазначила, що вона стала відчувати досить сильне збудження вже перед початком виконання занять, а дотики чоловіка до її тіла і статевих органів значно посилюють збудження. Доторкання статевим членом до її геніталій тривогу майже не викликало, а сам процес їй дуже сподобався і ще посилив збудження, тому вже в перший день вона змогла ввести статевий член у піхву. Це не принесло жодних неприємних відчуттів, а саме усвідомлення цього принесло значне полегшення. Також Оксана зазначила, що почала відчувати оргазм майже щоразу при самотимуляції. Також Оксана розповіла, що в процесі виконання цього завдання почала відчувати, що їй чогось не вистачає і тому самотійно вирішила спробувати проводити самотимуляцію клітора при введеному в піхву статевому члені і це принесло їй значне задоволення. Враховуючи результати виконання заняття, Оксані було рекомендовано спробувати дати змогу чоловіку проводити стимуляцію клітора, а також пояснено техніку виконання заняття 7. В процесі

обговорення результатів виконання цього заняття, пара зазначила, що у них не виникло жодних проблем, а сам статевий акт почав приносити задоволення як Оксані, так і її чоловіку. Оргазм під час статевого акту Оксана досі не відчуває, проте може спокійно досягати його при самотимуляції, і може це робити в присутності чоловіка. Підводячи підсумки цього етапу терапії, можна зробити висновки, що ця робота виявилась досить успішною, проте значна частина успіху залежала від того, що партнери самостійно активно працювали і виконували всі завдання, проте це було б неможливо без налагодженої, доброзичливої та відвертої їх комунікації. В подальшому парі було рекомендовано самостійно продовжувати вдосконалювати і урізноманітнювати своє інтимне життя. З Оксаною було вирішено продовжити терапію в індивідуальному форматі.

26 – 35 сесії були присвячені роботі з глибинними переконаннями та правилами життя.

Робота з глибинними переконаннями та правилами життя була розпочата з психоедукації про те, що таке ГП і ПЖ та розмови про базові потреби, задоволення яких у дитинстві є запорукою формування здорової дорослої особистості. Далі проводилася робота з ГП «я гірша за інших», «я не цінна сама по собі» і «я не варта любові». Для цього на початку були використані когнітивні техніки, такі як запис доказів і контраргументів для дисфункційних ГП, формулювання адаптивних ГП: «я хороша така, яка я є» і «я є цінна і варта любові сама по собі» та обговорення їх користі. Наступним етапом було проведення імгаїнативної рескрипції. Для проведення цієї техніки було обрано такі випадки: приблизно у 8 років бачила як батьки займаються сексом і це був для неї сильний стрес із почуттям жаху, т.я. у мами були проблеми по гінекології і Оксана знала, що якщо мама народить ще одну дитину, то може померти (секс=вагітність=смерть); батько з мамою дуже сильно сварилися і билися, вважала себе винною в цьому – страх, що вони будуть бити і її; тато, якого дуже любила, пішов з родини і перестав з нею спілкуватися, покинув. Ці ситуації були обрані тому, що вони не лише негативно вплинули на самооцінку Оксани, а і на її відношення до сексу і стосунки між чоловіком і жінкою, а саме: з одного боку – неможливість отримувати задоволення від інтимних стосунків через сильну тривогу, а з іншого – вона вважає, що повинна задовольняти сексуальні потреби чоловіка навіть при відсутності бажання і наявності больових відчуттів, інакше він її покине. Ця робота для Оксани виявилась дуже значимою, адже після неї вона змогла поглянути на себе з іншого боку і стала значно впевненішою в собі.

Наступним етапом проводилася робота з ПЖ: «оскільки я гірша за інших, то я маю завжди дослухатися думки інших людей, оскільки вони праві» і «для того, щоб мене цінували і любили, я маю догоджати іншим людям, навіть на шкоду собі». На початку роботи була проведена психоедукація про те, що таке ПЖ, як вони формуються і яка їх функція. Після цього були сформульовані адаптивні ПЖ: «я можу мати власну думку і приймати власні рішення, а якщо я помилюся, то зможу це виправити» і «мої потреби є важливими і я не маю ними жертвувати на користь іншим людям». Після цього було проведене тестування ПЖ шляхом написання «+/-» дезадаптивних і «+» адаптивних ПЖ. Після проведеної когнітивної роботи Оксани було запропоновано пробувати втілювати адаптивні ПЖ у повсякденному житті, а на сесіях обговорювалися результати, проблеми, з якими вона стикалася і шляхи їх вирішення.

Проведена на цьому етапі робота значно змінила ставлення Оксани як до себе, так і до інших людей, вона відчула те, що є ні чим не гіршою за інших людей, а тому може мати власні думки, потреби, цінності і вільно їх висловлювати, а інші люди не мають права цим нехтувати і мають це враховувати. Це також вплинуло на стосунки Оксани з чоловіком, в т.ч. інтимні, адже вона стала більш вільно говорити про свої бажання, потреби, казати про те, що їй чогось не хочеться чи щось не влаштовує, а це дало змогу чоловіку навчитися доставляти їй більше задоволення. Також Оксана з чоловіком стали більше проявляти ніжність один до одного, обійматися, пестити один одного. Це відбулося в результаті того, що Оксану перестало лякати те, що чоловік проявляє ніжність, адже вона зрозуміла, що по перше, це не обов'язково означає натяк на секс, а по друге, що навіть якщо чоловік це запропонує, а вона зараз не хоче, то може спокійно йому про це сказати і він не буде вимагати, а також, що якщо вона проявлятиме ніжність, то це також не означатиме необхідність сексу.

36 сесія: робота, направлена на попередження рецидиву.

На цій сесії проводилося обговорення результатів проведеної роботи та планування подальшої самостійної роботи як Оксани, так і пари, обговорення ситуацій, які можуть викликати певні проблеми і план дій в ситуації, якщо це станеться, збирання «валізки інструментів».

37 – 38 сесії: бустерні сесії.

Дві бустерні сесії проводилися з інтервалом 1 – 1,5 місяці. На них обговорювалися досягнення і проблеми, що виникали при самостійній роботі і давалися відповіді на питання стосовно певних аспектів інтимного життя.

Х. Результат терапії.

На мою думку, результат терапії даної пацієнтки є досить позитивним, адже на момент завершення роботи всі цілі, які були поставлені – є досягнутими: Оксана вийшла з депресії, її сексуальне життя з чоловіком налагодилося, вони значно зблизилися один з одним і на даний момент їх стосункам нічого не загрожує, Оксана почувається щасливою жінкою. Також, вирішення проблеми зниженої самооцінки призвело до того, що Оксана стала більш жіночною, вільно спілкується з оточуючими людьми, стала більше часу присвячувати собі, втілювати в життя свої потреби і цінності (витрачає час і кошти на догляд за собою, пішла на танці, присвячує час фотографуванню, шукає нову роботу та ін.). Проте, як Оксані самотійно, так і їм разом з чоловіком, доведеться пройти ще досить довгий шлях до остаточного вирішення всіх проблем, але та підтримка, яку вони надають один одному, допоможе їм з цим впоратися.

Важливим позитивним моментом в ході терапії було те, що по-перше вдало вибрані активності під час поведінкової активації не лише допомогли Оксані вийти із депресії, а і значно покращили її стосунки з чоловіком, зблизили їх. А це, в свою чергу, призвело до того, що Оксана виявила бажання працювати над інтимними стосунками раніше, ніж ми планували, що в подальшому значно полегшило роботу за рахунок отриманого досвіду. Також цікавим (проте для мене очікуваним) моментом було те, що оголення перед чоловіком і дотики до статевих органів як самою Оксаною, так і її чоловіком, викликали сильний сором і тривогу. Для вирішення цих проблем я вирішила спробувати застосувати техніку експозиції (тому план терапії в результаті цього було дещо змінено) і вона дала дуже хороший ефект, тому зможу в подальшому застосовувати її для вирішення подібних проблем.

Рефлексія та висновки до дипломної роботи.

Обираючи тему дипломної роботи, я тривалий час вагалася, адже з одного боку, я розуміла, що вона має бути по сексології, а з іншого, також хотілося описати той досвід, який колеги зможуть використати у своїй практиці, адже спілкуючись з ними, я спостерігала те, що останнім часом все більше пацієнтів, в тому числі жінок почали говорити саме про сексуальні проблеми і потребують допомоги у їх вирішенні. Враховуючи свій досвід, можу сказати, що на практиці лікування проблем в інтимній сфері у жінок є значно важчим,

ніж у чоловіків, бо на жіночу сексуальну сферу впливає значно більше як зовнішніх, так і внутрішніх чинників. Мені здається, що наведений у роботі приклад є яскравою ілюстрацією цього, адже для того, щоб вирішити проблему зниження лібідо, довелося активно працювати з депресією, налагоджувати стосунки з чоловіком, вчити Оксану бути більш жіночною, працювати над покращенням самооцінки, пояснювати певні фізіологічні особливості інтимного життя, вчити технікам пестощів і самого статевого акту, долати тривогу. Також, це був один із перших випадків в моїй практиці, де я спробувала використати техніки КПТ для лікування проблем саме у сексуальній сфері і вони показали свою високу ефективність. Проте, незважаючи на бажання і роботу Оксани, успіх був би не можливим, якби її чоловік відмовився брати участь у терапії (на жаль, це буває досить часто), адже вирішити проблеми у сексуальній сфері можливо лише при активній і злагодженій роботі обох партнерів.

Отже, підводячи підсумок, хочу зазначити, що досвід роботи у моделі КПТ і можливість використання певних технік у своїй практичній роботі, дасть мені в подальшому можливість більш ефективно допомагати своїм пацієнтам, в т.ч. з сексуальними розладами, що для мене, як сексопатолога є дуже важливим.

Список використаної літератури.

1. Дейвід Вестбрук, Гелен Кеннерлі, Джоан Кірк. Вступ у Когнітивно – поведінкову терапію. Львів: «Свічадо», 2014, 408 с.
2. Дейвід Вестбрук. Подолати депресію. Львів: «Свічадо», 2015, 94 с.
3. Діана Сандерс. Подолати фобію. Львів: «Свічадо», 2015, 88 с.
4. Гринбергер Д., Падески К. Управление настроением методы и упражнения. «Питер», 2008, 218 с.
5. Джудит С. Бек. Когнитивная терапия: полное руководство. «Вильямс», 2006, 400 т.
6. Мелани Феннел. Как повысить самооценку. М.: Астрель, 2007, 287 с.
7. Маккей М., Дэвис М., Фэннинг П. Как победить стресс и депрессию. «Питер», 2011, 288 с.
8. Горпинченко И. И., Ромащенко О. В., Мельников С. В., Билоголовская В. В. Женская сексология в повседневной практике врача акушера – гинеколога. Учебно – методическое пособие. Киев, 2008. – 58 с.
9. Ворник Б. М., Ромащенко О. В., Коган М. И. Женская сексология и сексопатология. Руководство для врачей. Киев, 2016. – 366 с.
10. Кришталь В. В., Андрух Г. П. Сексуальная дисгармония супружеской пары. Харьков, 1995. – 112 с.
11. Кришталь Є. В., Ворнік Б. М. Сексопатологія. К.: «Медицина», 2014. – 544 с.
12. Бойко Н. И., Борисенко Ю. А., Быстров А. А. и др. Сексология и андрология. К.: «Абрис», 1997. – 880 с.
13. Васильченко Г. С. Сексопатология. Спарвочник. М.: «Медицина», 1990. – 576 с.
14. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология. Учебное пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
15. Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам. СПб.: Питер, 2008. – 912 с.
16. Франк М. Даттилио. Когнитивно-бихевиоральная терапия с парами и семьями. Практическое руководство для психологов. М.: Форум, 2015. – 302 с.



