

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**РОБОЧИЙ ЗОШИТ**

**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО  
ФАКУЛЬТЕТУ  
З КУРСУ**

**«ОСНОВИ СЕКСОЛОГІЇ ТА  
СЕКСОПАТОЛОГІЇ»**

Студент \_\_\_\_\_

Факультет \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

Харків  
ХНМУ  
2018

**Затверджено вченою радою ХНМУ**

**Протокол №4 від 19.04.2018**

Робочий зошит для самостійної роботи студентів медичного факультету з курсу «Основи сексології та сексопатології» / упоряд. Г.М. Кожина, Н.В.Георгієвська, І.В.Лещина, В.Є.Кришталь. – Харків:ХНМУ, 2018. – 85 с.

Упорядники: Г.М. Кожина

Н.В.Георгієвська

І.В.Лещина

В.Є.Кришталь

## Тема №1

### **Предмет та завдання медичної сексології, історія сексології, сексуальне здоров'я. Розвиток сексуальності людини. Деонтологія сексологічного прийому.**

Медична сексологія - міждисциплінарна галузь знань, що вивчає причини, умови розвитку й клінічні прояви порушень сексуального здоров'я людини з метою їхньої діагностики, раціонального лікування, психологічної корекції, дієвої профілактики, а також розробки питань психогігієни статевого життя.

Даючи визначення поняття сексуального здоров'я людини, вважають, що воно складається з таких складових елементів:

- 1) здатність до насолоди і контролю сексуальної й дітородної поведінки відповідно до норм соціальної й особистісної етики;
- 2) свобода від страху, почуття сорому і провини, помилкових уявлень й інших психологічних факторів, що гнітять сексуальну реакцію й порушують сексуальні відносини;
- 3) відсутність органічних розладів, захворювань, які заважають здійсненню сексуальних і дітородних функцій.

На спеціальній нараді експертів ВОЗ було запропоноване і прийняте таке визначення поняття сексуального здоров'я людини: «сексуальне здоров'я» – це комплекс соматичних і соціальних аспектів сексуального існування людини, що позитивно збагачують особистість, підвищують її комунікабельність і здатність до любові, в основі якого лежить право на інформацію в сфері сексуальності й статевого виховання. Сексуальне здоров'я містить у собі також свободу від страху, почуття сорому й провини, помилкових уявлень й інших психологічних факторів, що гнітять сексуальну реакцію й порушують сексуальні взаємини.

### **Історія сексології**

Історія сексології починається з зародження людства. Історія становлення сексології як самостійної дисципліни пройшла складний шлях від стародавніх трактатів — китайського «Мистецтва спальні», індійського «Камасутра»,

«Мистецтва кохання» Овідія та ін., - котрі мають описовий і рекомендаційний характер, до об'єктивного вивчення сексуальності людини методами медичних, психологічних та соціальних наук.

Треба зазначити, що історія сексології бере свій початок з часів виникнення самої людини. Спочатку були наскальні малюнки, різні божества, культу, пов'язані з статевим актом та з статевими органами. Потім можливо окреслити багато етапів розвитку відношення людини до сексу, сім'ї та браку. Наприклад, важливими етапами для розвитку сучасної сексології є:

**1) Доісторичний період** (наскальні малюнки; міфи, культу)

**2) Період спостереження та донаукових досліджень**

- божества сексуального характеру (Гермафродит, Адита, Ра, Шива);
- вплив міфології на назву статевих органів (Афродита, Клиторис);
- імператори, лікарі, філософи (Солон; імператор Константин; Платон; Аристотель; Аристипп и Эпикур; Клавдий Гален; Анри де Мондевіль (14 в – описав гігієну статевих органів жінок); Амбруаз Паре (16 в – підручник акушерства))

**3) Період досексологічних знань. (19 вік)** (Джеймс Причард; фон Крафт-Ебінг; Альфред Біне; Паоло Монтегацци; Магнус Хиршфельд)

**4) Період сексологічних знань.** (Зигмунд Фрейд; Іван Блоху; Хэвлок Эллис; Л.Я. Якобзон, А. Кинзи; сучасні автори.)

Перші наукові розробки в цій галузі належать приблизно до середини минулого сторіччя. З цього часу сексуальність людини почали вивчати різні фахівці — лікарі, психологи, соціологи, педагоги, культурологи. Зупинимося коротко на історії розвитку сексології.

На наївно-механічному, або локалізаційністському етапі всі сексуальні розлади відносили до захворювань статевих органів. Коли з удосконаленням урологічного інструментарію стали можливими успішні внутрішньо уретральні маніпуляції під безпосереднім візуальним контролем, утвердилася думка, що сексуальні розлади є прямим наслідком місцевої урологічної патології і, отже, ліквідація осередку ураження (наприклад, гіпертрофії чи

запалення сім'яного горбика) має автоматично сприяти ліквідації сексуального порушення. Надалі, з розвитком експериментальної та клінічної ендокринології та впевненістю у всесиллі статевих гормонів, сексуальну патологію стали пов'язувати в основному чи навіть цілком із ендокринними порушеннями. Такий підхід став досить поширеним, а про його живучість свідчить той факт, що до останнього часу публікуються монографії, в яких будь-яка сексуальна патологія пояснюється хворобами сексуальних органів (чоловічих або жіночих).

Другий енциклопедичний етап знаменував собою перехід на мультидисциплінарні методологічні позиції. Його досягненням стало подолання однобічного локалізаційнізму та утвердження ідеї поліетіологічності сексуальних розладів, котрі, як показали роботи дослідників кінця ХІХ — початку ХХ століття, можуть виникати при різноманітних формах не тільки урологічної та ендокринної, але й нервової та психічної патології. Мультидисциплінарний підхід до вивчення сексуальних розладів привів до нового, параметричного етапу розвитку сексології, першими передвісниками якого були праці російських гігієністів, які розпочалися ще на початку минулого століття і досягли максимального розмаху в 1920-ті роки. Свого завершення параметричний етап дістав у працях американських дослідників. Так, А. Кінзі, відмовившись від релігійної й моралізаторської упередженості, вперше показав найширший діапазон індивідуальних характеристик основних проявів сексуальності людини, їх вікову зумовленість і наявність корелятивних залежностей від деяких економічних та соціально-психологічних чинників, а У. Мастерс і В. Джонсон доповнили встановлені ним факти фізіологічними даними, здобутими за допомогою нових реєстраційних методик.

У працях західних дослідників того часу вже намічалася тенденція до переходу від мультидисциплінарної до міждисциплінарної концепції в сексопатології, що виявлялось у використанні прийомів окремих суміжних спеціальностей (соціології та математичної статистики, фізіологічного та

клінічного обстежень). Проте еkleктизм таких спроб не давав змоги судити про стан усіх чинників, що беруть участь у генезі сексуальних розладів. На базі загальної теорії функціональних систем (П. К. Анохін, 1975) і концепції про стадії та складові копулятивного циклу (Г. С. Васильченко, 1956) розробляється перша міждисциплінарна модель сексопатології, що відкриває системний етап її розвитку. Системна концепція дала змогу виокремити (В. В. Кришталь, 1985) чотири аспекти сексуальності людини — соціальний, психологічний, соціально-психологічний і медико-біологічний — та відповідні напрями в розвитку сексології, що використовують низку підходів у різні періоди становлення сексології як науки. Тим часом історія сексології, як і історія кожної науки, яка має власний предмет, термінологічний апарат та понятійну платформу, відображена насамперед в еволюції її системної концепції.

Міждисциплінарний характер сексології визначає системний підхід до визначення норми сексуальності, до діагностики, лікування й профілактики розладу сексуального здоров'я з урахуванням парного характеру сексуальної функції. Такий методологічно правильний підхід дає змогу виявити роль негативних соціальних, психологічних, соціально-психологічних та біологічних (анатомо-фізіологічних) чинників у генезі порушень сексуального здоров'я й на цій основі розробити адекватні методи їх діагностики, корекції, профілактики, а також психогігієни статевого життя. Можна зазначити, що історія сексології знає три «сексуальні революції». Перша відбувалася в результаті розробки З. Фрейдом теорії сексуальності, котра показала сексуальну природу людини. Друга пов'язана з воістину революційними дослідженнями А. Кінзі — популяційними дослідженнями сексуальної поведінки людини, які перетворили сексуальні норми з догм морального обов'язку на статистичні нормативи, що відобразили водночас варіативність сексуальних проявів. Третя революція була викликана працями У. Мастерса та В. Джонсон, які вперше застосували в сексології експериментально-фізіологічні дослідження та створили на цій основі вчення

про поведінкову терапію сексуальних розладів.

### **Розвиток сексуальності людини**

Формування сексуальності виявляє собою складний процес, що починається в ембріональному періоді онтогенезу й закінчується статевою зрілістю. Вже з перших днів життя дитини соціально-психологічні фактори впливають на її психосексуальний розвиток - статеву самосвідомість, поведінку та сексуальну орієнтацію.

Статевий розвиток людини здійснюється у двох напрямках - психосексуальному і соматосексуальному. Психосексуальний розвиток чоловіків і жінок має деякі особливості, обумовлені статевими відмінностями і поляризацією чоловічої й жіночої ролей.

У сучасній сексопатології виділяють кілька етапів формування й прояву сексуальності.

*Пренатальний період*, у якому здійснюється диференціювання гонад, геніталій і структур мозку.

*Паранубертатний період* (1-7 років), коли дитина усвідомлює статево-належність, починає розрізняти стать оточуючих і необоротність статевої приналежності. У цьому віці виникає цікавість, спрямована на статеві ознаки, статеві органи (формується статева самосвідомість).

*Препубертатний період* (7-13 років) характеризується виробленням статево-рольових установок, вивченням статево-рольового поведіння через гру, формуванням стереотипу статево-рольового поведіння.

Для *пубертатного періоду* (12-18 років) характерні платонічні мрії й фантазії, залицяння, платонічне спілкування (формування платонічного лібідо), а потім й еротичні фантазії, еротичні пестощі й ігри (формування еротичного лібідо).

Під час *перехідного періоду сексуальності* (16-26 років) присутні сексуальні фантазії, мастурбація, початок статевого життя, сексуальні ексцеси й т.п. (формування статевого лібідо).

*Період зрілої сексуальності* (26-55 років) характеризується регулярним статевим життям, входженням у смугу умовно-фізіологічного ритму.

*В інволюційному періоді* (51-70 років) здійснюється зниження статевої активності, регрес лібідо до рівня еротичного і платонічного.

Існують певні критичні періоди сексуального розвитку: 6-32 тижня внутрішньоутробного життя; 2-4 року, 7-8 років, 12-15 років, 16-24 років, 51-60 років.

Типи лібідо (статевого потягу)

- 1) Платонічне лібідо;
- 2) Еротичне лібідо;
- 3) Сексуальне лібідо.

Якщо на перших двох етапах відхилення сексуального розвитку може виникнути під впливом ендогенних патогенних впливів (наприклад, вживання гормонів матір'ю), то на III-IV етапах діють екзогенні фактори, зокрема, соціогенні (невірне виховання, порушення внутрішньо сімейних відносин) й психогенні фактори. Формування статевої самосвідомості значною мірою детерміноване статевим диференціюванням мозку в пренатальному періоді, а надалі індивідуальним розвитком й мікросоціальним середовищем. Для повноцінного процесу диференціювання мозку в чоловіків необхідна певна концентрація ембріонального андрогену, період і тривалість його впливу, відсутність естрогенів, відсутність шкідливих екзогенних впливів й, зокрема, впливи фармакологічних засобів у цей період.

Мікросоціальне середовище дитини в грудному віці обмежуються, як правило, членами родини, серед яких провідну роль грає мати. Контакт із матір'ю є найбільш значимим для дитини у віці від 6 місяців до 3 років. У процесі формування прихильності дитини до матері закладається основа адекватних взаємин з іншими людьми.

Формування стереотипу статево-рольового поведіння дітей багато в чому визначається правильним статево-рольовим поведінням батьків,



спілкуванням з однолітками і участю в різноманітних іграх. Це сприяє формуванню чоловічих або жіночих особливостей характеру і вибору адекватного статево-рольового поведіння. Необхідно позначити, що особливості статево-рольового поведіння дитини взаємозалежні зі становленням його характеру й особистості.

Формування психосексуальної орієнтації в підлітків обумовлює вибір об'єкта потягу і здійснюється у пубертатному періоді на тлі інтенсивного функціонування ендокринної системи й активного розвитку особливостей особистості.

Кожному етапу й стадії психосексуального розвитку властива фазність, що виявляє собою закономірність даного розвитку.

Перша фаза включає: нагромадження інформації, що стосується розуміння факту існування статі, власної статевої ролі, статевої ролі навколишніх й особливостей поведінки в процесі міжособистісного спілкування.

Друга фаза (навчання й закріплення) перших двох етапів психосексуального розвитку характеризується придбанням навичок під час ігрових ситуацій, відповідно визначенню статі й статево-рольової поведінки, а на третьому етапі - реалізація статевого потягу. Основним критерієм завершеності стадій третього етапу є закріплення навичок на практиці.

Другою закономірністю становлення сексуальності індивідуума є зміна співвідношення значимості біологічних і соціальних факторів у процесі його психосексуального розвитку.

Третя закономірність становлення сексуальності полягає в тому, що кожен етап і стадія розвитку містять деякі елементи наступного етапу розвитку.

Порушення ранніх етапів психосексуального розвитку приводить до його грубих деформацій, які відбиваються на формуванні особистості. У той же час вплив патогенних факторів на завершальному етапі становлення сексуальності може призводити тільки до поверхневих, легких його порушень.

На індивідуальний психосексуальний розвиток значною мірою впливають суспільні норми поведінки, родина, школа, дитячі і юнацькі колективи, товариші, з якими проводиться вільний час, а також засоби масової інформації (інтернет, телебачення, кіно, література).

Соматосексуальний розвиток у нормі також має певну послідовність; прояву вторинних статевих ознак у хлопчиків і дівчаток, які поступово досягають рівня розвитку зрілого чоловіка й жінки.

### **Компоненти запезпечення сексуального здоров'я людини.**

1) Соціальний компонент. Характеризується відношенням суспільства до сексу; сексуальною культурою людини, її морально-етичними та естетичними потребами .

Взаємодія сексуальності людини та суспільства характеризується засвоєнням людиною суспільних, етичних та моральних норм, тим який рівень сексуальної культури має людина ( її статеве виховання, вплив мікросоціуму – сім'я людини, та вплив макросоціуму), сексуальним досвідом людини, її соціальним статусом.

2) Психологічний компонент. Людська сексуальність - це прояв особистості людини. Тому, коли мова йде про сексуальні прояви чоловіка та жінки, ми завжди говоримо про психологію особистості. Психологічний фактор сексуального здоров'я характеризується роллю індивідуально-психологічних особливостей особистості у розвитку та проявах сексуальних та психічних процесів.

При вивченні сексуальності людини нас цікавлять психологічні типи чоловіка й жінки, також адаптаційно-комунікативні можливості індивідууму та психологічний тип захисту окремої людини.

3) Соціально-психологічний компонент. Обумовлюється парним характером сексуальної функції людини, формуванням малої соціальної групи (сім'ї), розділенням чоловічої та жіночої соціальних ролей, взаємодією поведінкового, афективного й когнітивного компонентів двох особистостей зі своїми характерологічними особливостями.

Велике значення для соціально-психологічної адаптації подружньої пари має збіг потреб, які обумовлюються як біологічними, так і соціальними факторами. Існують потреби: 1) фізіологічні (статеві, харчові, самозбереження, потреба в одержанні приємних відчуттів); 2) соціально-психологічні (у спілкуванні, діяльності); 3) соціальні (професійний престиж, культура, утворення, естетичні потреби, самоствердження, реалізація власних можливостей, талантів, потреба у творчій діяльності); 4) психологічні (впевненість у власних силах, самостійність, допитливість, самоствердження).

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

Статева конституція є важливим фактором сексуального здоров'я.

### **Деонтологія на сексологічному прийомі.**

Спрямованість медичної деонтології безпосередньо стосується як етичних, так і медичних проблем. Оптимальний характер взаємин між лікарем і пацієнтом з'єднує в собі фактори профілактики (попередження ятрогеній, медичні поради і рекомендації, санітарна освіта) і можливого лікувального впливу (елементи психотерапії). У той же час неправильне поведіння медичного працівника часто поглиблює існуюче захворювання і приводить до різноманітних вторинних ятрогенних розладів.

Суворе виконання принципів медичної етики і деонтології здобуває виняткове значення в практичній діяльності лікаря-сексопатолога. Це обумовлено тим, що сексуальні розлади виявляють собою особливий вид патології, резонанс якої охоплює всю особистість хворого з його фізіологічними, психологічними і соціальними особливостями, що формують складну систему взаємних зв'язків.

Сексопатологові для уточнення природи статевого розладу необхідно виявити деталі, які передували ініціальному періоду і безпосередньо статевому акту. Необхідно враховувати те, що пацієнт і лікар можуть бути різної статі, що, без сумніву, впливає на характер і можливості їхнього спілкування. Необхідно враховувати характерологічні особливості пацієнта, його емоційний стан і властиву людині природну сором'язливість, особливо у жінок. Ці фактори нерідко заважають виявленню справжніх причин хвороби.

Лікар-сексопатолог повинен постійно пам'ятати про те, що своїм поведженням, характером і формою запитань, навіть окремими жестами і мімікою, може травмувати почуття власної гідності пацієнта. Це призведе до невротичних реакцій і відмови хворого від лікування.

Лікування у всіх випадках повинне стосуватися не тільки одного партнера, а подружжя взагалі. Лікареві-сексопатологові нерідко доводиться зустрічатися з помилковими умовиводами чоловіків і жінок про наявність у них статевого розладу. Це часто обумовлене відсутністю необхідних знань про норму і фізіологічні коливання статевої функції і невірним поведженням чоловіка і жінки, особливо під час статевого акту. У таких випадках необхідна вдумлива лікарська корекція шляхом терплячого роз'яснення і логічного обґрунтування. Причиною статевих розладів може бути ятрогенія внаслідок неправильного поведження медичного персоналу, коли, не замислюючись над можливістю психогеній, лікарі видають на руки хворим медичні висновки або направлення на різноманітні обстеження і консультації із вказівкою попереднього діагнозу сексуального розладу.

Виконання принципів і правил медичної етики і деонтології є базисним чинником профілактики ятрогенних статевих розладів та обов'язковою умовою ефективності лікування хворих, які звернулися за медичною сексологічною допомогою.

**Завдання.**

1. Що таке медична сексологія? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Основні етапи формування сексуальності людини: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Соціально-психологічний компонент запевнення сексуальності  
людини: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Історичні етапи сексології: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Перечисліть критичні періоди сексуальності людини. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Дайте визначення «Сексуальне здоров'я» \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Тема № 2.

### **Сексуальна поведінка та реакції у жінок та чоловіків. Копулятивний цикл.**

У структурі статевої поведінки людини важливу роль грають як біологічні, так психологічні й емоційні компоненти. Безсумнівного значення при цьому набувають не тільки вроджені фактори, але й індивідуальні навички.

Як відомо, певний вплив на процес статевого дозрівання і наступну статеву поведінку мають фактори середовища. Насамперед, соціально-економічні фактори, з ними пов'язані. Зокрема, відзначене в останнє десятиліття явище так званої акселерації статевого дозрівання.

Слід зазначити, що певний вплив на статеву поведінку чоловіка й жінки мають екстрарецептивні стимули, до яких належать: відчуття внаслідок тактильних впливів на ерогенні зони, певні зорові, слухові й нюхові стимули, а також різноманітні соціальні й психологічні фактори, які також мають стимулюючий вплив. Існує думка, що сенсорні фактори можуть бути неспецифічними й додатковими компонентами механізму, що визначають статеву поведінку індивідуума.

У чоловіків та жінок виділяють чотири фази статевого циклу: наростаючого збудження, плато, оргазму і спаду нервового збудження.

#### **Сексуальні реакції у жінок.**

Перша фаза статевого акту – наростаючого збудження. Фаза обумовлена психологічними й фізичними стимулюючими впливами, які призводять до підвищення сексуального напруження і готовності до статевого акту. Насамперед, здійснюється набрякання малих статевих губ і конгестія судин піхви (у жінок, що народжували). Це приводить до стоншення великих статевих губ і віддаленню їх від входу у піхву. У відповідь на статеві стимули бартолінієві залози продуцують слизувату речовину. Клітор збільшується в розмірах за рахунок судинної конгестії. У піхві здійснюється

виділення мукоїдного трансудату, пов'язане з розширенням венозних сплетінь. Внутрішні дві третини піхвового каналу подовжуються й розтягуються. Тіло матки, збільшуючись, відтягається нагору й назад. Молочні залози збільшуються, напружуються соски. Ці ознаки виникають через 10-30 сек. з початку сексуальної стимуляції й свідчать про настання сексуального збудження.

Під час фази плато підсилюється гіперемія шкіри обличчя, вона поширюється на інші ділянки тіла, здійснюється набрякання малих статевих губ, які набувають червоно-фіолетового кольору. Підсилюється конгестія судин піхви. Тіло клітора відтягається під передній край симфізу, а потім зменшується до нормального розміру. У зовнішній третині піхви формується оргастична манжетка. Спостерігається посилення ерекції сосків грудей, підсилюється їхній венозний малюнок.

В оргастичній фазі виділяють три стадії, з огляду на суб'єктивні відчуття жінки: 1-а стадія починається з відчуття завмирання, що обумовлено концентрацією приємних відчуттів, які виходять із клітора і генітальної зони. В 2-й стадії здійснюється іррадіація приємних відчуттів по всьому тілу. 3-тя стадія характеризується відчуттям скорочення, спазмами м'язів входу піхви й відчуттям пульсації в ділянці кісткового поясу. Підсилюється м'язова напруга по всьому тілу. Відзначається 5-8 сильних скорочень оргастичної манжетки внутрішніх статевих органів з інтервалом 0,8 с. Гіперемія шкіри досягає максимальної інтенсивності.

Під час кінцевої фази здійснюється зворотний розвиток описаних фізіологічних змін до вихідного стану. Настає відчуття задоволеності й розслаблення.

### **Сексуальні реакції у чоловіків.**

У фазі нарастаючого збудження здійснюється кровонаповнення кавернозних тіл, дилатація головки статевого члену і кавернозних тіл. Виникає ерекція статевого члена. Виділяється невелика кількість секрету парауретральних і бульбоуретральних залоз (який може мати невелику

кількість сперматозоїдів). Калитка скорочується, зморщується, яєчка підтягуються, підвищується тонус м'язів промежини і сфінктера сечового міхура. Спостерігається гіперемія шкіри обличчя, ерекція сосків грудних залоз.

У фазі плато ерекція зростає. Яєчка набухають і підтягуються, наростає загальний м'язовий тонус.

Під час оргазму відбуваються спазми сфінктера сечового міхура. Наступає ритмічне скорочення *m. bulbocavernosus*, *m. ischiocavernosus* і глибоких поперечних м'язів з інтервалом 0.8 секунди. Кількість скорочень залежить від ступеня статевого збудження. Оргазм супроводжується сім'явиверженням у результаті скорочення сім'явидних шляхів, придатку і самого яєчка, сім'яного протоку, сім'яних міхурців і простати. Об'єм цибулини сечового каналу збільшується в 2-3 рази. На початку сім'явиверження внутрішній сфінктер сечового міхура закривається, перешкоджаючи проникненню сперми у міхур. Розслаблення зовнішнього сфінктера сечового міхура сприяє надходженню сперми в розтягнуту цибулину і до ділянки сечового каналу статевого члена. У результаті скорочення м'язів промежини і сфінктеру сечового каналу еякулят витісняється з ділянки простати сечового каналу до сечового каналу статевого члена, 2-3 скорочення якого викидають насінну рідину назовні.

У кінцевій фазі зникає гіперемія шкіри, нормалізується частота пульсу, подиху, артеріальний тиск, зникає ерекція статевого члена.

### **Стадії копулятивного циклу.**

Виділяють чотири складові копулятивного циклу.

1) Нейрогуморальна складова пов'язана з дією глибоких структур головного мозку й всієї системи ендокринних залоз. Вона забезпечує статевий потяг і відповідну збудливість усіх відділів нервової системи, які регулюють статеву діяльність.

2) Психічна складова пов'язана з діяльністю кори головного мозку, визначає напрямок статевого потягу, полегшує виникнення ерекції до



моменту інтроїтусу і забезпечує специфічні для людини форми прояву статевої активності, зокрема, відповідність поведінкових реакцій конкретним умовам і морально-етичним вимогам.

3) Ерекційна складова являє собою кінцевий виконавчий апарат, що забезпечує механічний бік статевого акту; анатомо-фізіологічним її субстратом є спінальні центри ерекції, пов'язані з ними екстраспінальні ділянки нервової системи, а також статевий член.

4) Еякуляторна складова заснована на інтеграції структурних елементів, від простати з її власним нервовим апаратом до парацентрального ділянок кори головного мозку. Ця складова забезпечує виконання провідного біологічного завдання статевої активності – продукції чоловічого запліднюючого початку.

### **Відмінності чоловічої та жіночої сексуальності.**

Сексуальна функція людини має більш широкий діапазон індивідуальних особливостей, чим статевая належність. Вона піддана впливу як біологічних, так і соціальних й психологічних факторів. У зв'язку з цим, відмінність сексуальності в чоловіків і жінок варто розглядати, виходячи з їх анатомо-фізіологічних і психологічних особливостей, а також впливу на сексуальну функцію умов зовнішнього середовища.

При розгляді жіночої сексуальності необхідно брати до уваги зміну соціальних умов – згладжування відмінностей в освіті, поглядах, інтересах, потребах сучасних чоловіків і жінок. Необхідно враховувати рівні права жінок, їхню незалежність в економічному аспекті, підвищені вимоги до обранців, індукцію позитивної установки на сексуальність, надійні сучасні засоби запобігання вагітності, відсутність твердих суспільних обмежень, відмова від "подвійної моралі". Все це змінює психосексуальність жінок, зменшує відмінні риси їхньої сексуальної поведінки, що визначаються впливом моральних цінностей суспільства і правил суспільної моралі.

У жінок спостерігається тісний взаємозв'язок статевого потягу з вищими цінностями, з духовним життям, з особистістю. Саме цим можна пояснити

непостійність її сексуальних потреб й психосексуального задоволення. Наявність любові до обранця є необхідною умовою розвитку сексуальності в жінок. У чоловіків відсутність любові теж може негативно впливати на сексуальне задоволення, але в меншому ступені, чим у жінок. Для жінок велике значення має особистість та характер чоловіка, його здатність бути сильним та бути спроможним емоційно реагувати, бути стабільним у відносинах. Жінки менше ніж чоловіки схильні створювати позашлюбні зв'язки, хоча ця відмінність має тенденцію до згладжування. Відсутність гармонії відчуттів, взаємин викликає в жінок фрустрацію більшу, ніж при невдалому статевому акті.

Для чоловіків зовнішність жінки, її привабливість, зачарування, фігура є більш сильними стимулами сексуальних проявів, ніж аналогічні дані для жінок.

Сексуальні фантазії в жінки, як у попередньому періоді, так і під час коїтусу бідніше, ніж у чоловіка. Жінки виявляють менший інтерес до порнографії, остання має значно менший збудливий вплив на них у порівнянні із чоловіками. Мастурбація у жінок зустрічається значно рідше. У чоловіків статева свідомість формується більш прямолінійно, ніж у жінок. У період формування понятійної стадії сексуальності спостерігаються розходження в характері дитячих ігор у хлопчиків і дівчаток. Романтична стадія сексуальності в жінок більш виражена й тривала. Більш виражене в них платонічне та еротичне лібідо.

Статевий розвиток хлопчиків відрізняється за віком і темпом від розвитку дівчинок. Воно здійснюється на 1-2 року пізніше, але має більш бурхливий перебіг. Хлопчики у віці 11-15 років переживають період юнацької гіперсексуальності, що характеризується підвищеною статевою збудливістю і зростанням еротичних інтересів і фантазій. У дівчинок спочатку проявляється потреба в психологічній близькості з юнаком і лише потім еротичні почуття. Втім, за останні десятиліття, відмінності в сексуальному

поведінці юнаків і дівчат значно зменшилися, відбувся зсув у бік маскуліної моделі поведінки.

Потенційні здатності до оргазму у жінок вище в порівнянні із чоловіками. Більш різноманітні також ерогенні зони, які приводять до оргазму, у той час як у чоловіків оргазм часто досягається тільки під час стимуляції статевого члена. Деякі жінки здатні до багаторазового переживання відчуття оргазму, причому, на відміну від чоловіків, наступні оргазми переживаються сильніше. Освіта й професія, пов'язані з інтелектуальною діяльністю, у жінок позитивно впливають на прояви лібідо і оргазм, у чоловіків ці фактори не мають ніякого впливу. Існують дані про те, що лібідо та оргазм найбільш виражені в жінок з гуманітарною освітою, найменше - у домогосподарок. Жінки, пов'язані з фізичною працею, займають проміжне положення. Також відомий той факт, що аноргазмія у жінок часто є наслідком суворого виховання в дитинстві.

### **Вікові прояви сексуальності.**

У сексуальному житті людини розрізняють чотири основних періоди, кожному з яких властиві певні статеві феномени: пубертатний (полюції, мастурбація), перехідний (ексцеси), період зрілої сексуальності (умовно-фізіологічний ритм), інволюційний (зниження статевої активності).

Слід зазначити відносний характер вікових проявів сексуальності (умовної норми), тому що на неї великий вплив має цілий ряд ендогенних і середових факторів (у першу чергу соціальних та психологічних).

### **Завдання.**

1. Вкажіть сексуальні фази статевого акту у жінок (перелічіть):

---



---



---



---

2. Вкажіть сексуальні фази у чоловіків (перелічіть): \_\_\_\_\_

---

---

---

3. Вкажіть вікові прояви сексуальності: \_\_\_\_\_

---

---

---

4. Перлічіть типи лібідо : \_\_\_\_\_

---

---

### **Тема № 3.**

#### **Сексуальна гармонія та дисгармонія. Сексологічне обстеження.**

##### **Составні частини сексуальної гармонії.**

##### **Контрацепція.**

Сексуальність людини - унікальне явище в природі. Завдяки своєму розуму, духовності людина змогла перетворити інстинкт розмноження, просте прагнення тіла у священний вогонь любові. Потреба в продовженні роду відокремлена у людини від потреби в сексуальному задоволенні і спілкуванні. Тільки людині дана здатність до сексуальної насолоди, і треба сказати, що людство користувалося цією здатністю і розвивало її на всьому протязі своєї історії. Досить згадати своєрідний канон «мистецтва кохання», написаний ще у другому столітті до нової ери індійський еротичний трактат Камасутра.

Однак сексуальність людини, в особливості сексуальність сучасної людини, значною мірою звільнилася від біологічної заданості, залежить не тільки від фізіологічних, але й від соціальних, психологічних, соціокультурних факторів, це найважливіша сфера суспільного, сімейного та особистого життя. Правильне поєднання, рівновага тих й інших сторін сексуальності – запорука гармонії у відносинах статей.

Сексуальна гармонія подружньої пари, таким чином, є результатом соціально-психологічної, сексуально-поведінкової і сексуально-фізіологічної взаємної адаптації подружжя. Несумісність хоча б в одному з цих аспектів може призводити до згасання кохання, а нерідко і до розпаду сім'ї. Спільність інтересів і потреб подружжя, відповідність рівня культури, схожість системи цінностей - надзвичайно важливі умови гармонійного шлюбу. Але ні високі якості, не взаємна повага подружжя не можуть заповнити відсутність сексуальної гармонії як основи щасливого шлюбу. Оскільки сексуальна функція є парною, будь-який прояв статевої невідповідності в одного з подружжя порушує почуття сексуального задоволення іншого.

Також серед причин порушення подружньої гармонії служить недолік знань в області психогієни статевого життя: вірних уявлень про норму та фізіологічні коливання сексуальної функції, про механізм задоволення статевих потреб, о вірній сексуальній поведінці, яка сприяє досягненню сексуальної гармонії.

### **1) Соціальний, психологічний та соціально-психологічний фактори сексуальної гармонії**

Повна рівноправність, якою користується жінка в нашій країні, її активна участь у житті суспільства змінили і її роль у родині, сформували високий рівень духовних й етичних запитів і новий характер подружніх відносин у сучасній родині. На стабільність родини мають більший вплив внутрішні фактори - взаємна прихильність, почуття любові, відповідальності, обов'язку - ніж такі зовнішні фактори як економічна залежність, юридичні обмеження, національні традиції і суспільна думка, які втрачають свою силу з демократизацією громадського життя.

Зі зростанням рівня освіти і соціальних змін пубертатний розвиток як чоловіка, так і жінки значно прискорюється, але статеві відносини виникають пізніше, особливо в жінок. Цей феномен детермінований суспільними, а не біологічними факторами. Відбувся ряд змін й у сімейно-шлюбних відносинах: переміщення деяких функцій родини в сферу діяльності інших суспільних інститутів, зменшення розмірів родини, демократизація внутрішньо сімейних відносин, посилення значення емоційних зв'язків між чоловіком і жінкою та зниження ролі матеріальних цінностей.

Взаємини в родині опосередковані загальною діяльністю. Родина, як і колектив, має специфічні ознаки - для неї характерні більше тверда рольова структура в порівнянні з іншими групами та виражений емоційний характер міжособистісних зв'язків.

Виділяють три рівні згуртованості і сумісності:

- 1) характерів, темпераментів, комунікабельності;
- 2) функціонально-рольових очікувань;

3) вищий рівень у формі предметно-цільової та ціннісно-орієнтаційної єдності, колективістської ідентифікації та адекватності відповідальності.

Симпатія і взаємна любов, у більшості випадків, є одним з основних мотивів виникнення сексуального зв'язку і створення міцної родини. Любов є одним з головних мотивів укладання шлюбу. Вона сприяє створенню єдиного стилю життя подружньої пари і є істотним чинником у статевому житті. Почуття любові не може бути вродженими. Любов як потреба і здатність людини - невід'ємна частина людської психіки. Любов, ніжність і статеве задоволення тісно пов'язані між собою. Ще давні греки розрізняли кілька типів любові: «ерос» - любов чоловіка і жінки, що дає задоволення тільки за умови користування предметом любові; «арапе» - братня любов, що спрямована тільки на благо об'єкта любові; «строге» - любов-ніжність, сімейна любов; «філія» - це любов-дружба.

И.М. Сеченов виділив три послідовних фази в розвитку статевої любові.

Перша фаза - платонічна любов, при якій «статевий характер надзвичайно бідний через те, що поряд з яскравими і, як наслідок, упередженими зоровими та слуховими відчуттями лежать невизначені, ще темні статеві бажання».

Друга фаза - любов-власність, при якій пристрасть людини «спалахує ще швидше, яскравіше, тому що замість темних, невизначених статевих потягів настають яскраві, трепетні почуття любові».

Третя фаза - це любов, у якій «пристрасть вже згасла, навіть у тих щасливих випадках, коли по обидва боки дійсність відповідало ідеалам... Але любов не зруйнувалася: через часте повторення рефлексу, у якому психічним змістом є подання улюбленої з тими або іншими, або з усіма її якостями, образ її з'єднується з усіма рухами душі улюбленого, і вона стала дійсно половиною його самого».

Сучасні психологи характеризують любов, як глибоке інтимне почуття, спрямоване на іншу особистість або людську спільність.

## **2) Сексуально-поведінковий компонент сексуальної гмонії**

Сексуально-поведінкова адекватність подружньої пари є важливою умовою сексуальної гармонії. Тут має значення відповідність діапазону придатності в попередньому періоді статевого акту, техніки статевих зносин і його заключного періоду. Попередній період статевого акту має стимулюючий вплив, який активізує статеве бажання і почуття оргазму. У цьому періоді важливіше правильний вплив на ерогенні зони, ніж його тривалість.

Однією з найбільш частих причин порушення сексуально-поведінкового компонента сексуальної гармонії є невідповідність сексуальної мотивації. Мотив - спонукання до діяльності, пов'язане із задоволенням потреби суб'єкта, що лежить в основі вибору дій, учинків й визначальна спрямованість поведінки особистості. Як відомо, розвиток мотиву відбувається через зміну і розширення кола діяльності, що змінює предметну дійсність. Мотив обумовлений потребами й інстинктами, які є джерелом активності.

Існують мотиви: 1) примітивні, які базуються на задоволенні елементарного егоїстичного почуття насолоди; 2) мотиви, які виходять із почуття самозбереження; 3) задоволення біологічних (інстинктивних) потреб; 4) задоволення соціальних потреб.

Виділяють кілька типів сексуальної мотивації:

- 1) гомеостабілізуючий тип - статева поведінка ґрунтується на створенні спокою і комфорту з таким розрахунком, щоб сексуальні питання не відволікали від виконання інших завдань, оцінюваних вище;
- 2) ігровий тип – гармонійно поєднує в собі романтичні та сексуальні елементи, у статевий акт вносяться елементи гри, фантазії;
- 3) шаблону – регламентований тип установлює певний постійний стандарт статевого акту;



- 4) генітальний тип – характерний для осіб зі зниженим інтелектом, які не бачать різниці між статевим потягом й ерекцією, вважаючи останню достатнім “приводом до дій”.

Невідповідність типів сексуальної мотивації може виступати причиною виникнення сексуальної дисгармонії.

Виділяють також певні типи чоловіків і жінок. Ті або інші сполучення таких типів може бути основою сексуальної гармонії чоловіка й жінки або, навпаки, сприяти їхньому розладу.

Розроблено наступну класифікацію психологічних типів чоловіків і жінок:

1. *Жінка-мати*. Захоплюється слабкими, хворими, невдахами. Прагне опікувати партнера, захищати, “підняти”, підбадьорити, надихнути. Слабкість і нещастя чоловіків можуть слугувати сильними сексуальними подразниками. Навіть тривожність, емоційна нестійкість, примхливість можуть входити в структуру очікуваних пестошів.
2. *Жінка-жінка*. Існує два варіанти цього типу.
  - а) агресивний тип. Прагнення до боротьби з партнером, спочатку при звичайному, а потім при сексуальному спілкуванні. Така жінка глузлива, схильна до іронії, любить брати гору над чоловіком, у його пестошах очікує покірності, навіть приниженості, деякої розгубленості;
  - б) пасивно-підлеглий тип. Ідеал такої жінки - “сильний чоловік” вона прагне підкорятися, “розчиниться” у ньому, у мріях фантазує про чоловіка, що “володіє нею”; у пестошах чоловіка віддає перевагу агресивності, напору, силі, навіть до заподіяння болю.
3. *Жінка-дочка*. Ідеал - чоловік значно старше за віком, міцний не стільки в сексуальному, скільки в побутовому відношенні, досвідчений, у його присутності прагне відчувати себе слабкою, “маленькою”. У пестошах полюбляє “мистецтво”, “знання, які вище

сили”, схильна до психологічних збудливих впливів (мовних, музичних і т.п.).

Відповідні типи чоловіків:

1. *Чоловік-батько*. Похилого віку, елегантний, з більшим сексуальним досвідом, має добре поставлений голос, захоплює розповідає. У пестошах жінки оцінює елемент її “віддачі”, слабкості, підлеглої захопленості, “розпізнавання” його бажань, потреб. Пестощі чоловіка в значній мірі компенсують, можливо вже невисокий сексуальний потенціал.
2. *Чоловік-чоловік*. Також виділяють два типи:
  - а) агресивний, схильний до елементів “насильства”, “володіння” у пестошах, демонструє боротьбу, брутальний, міркування безапеляційні, іноді заподіює біль;
  - б) пасивно-підлеглий - схильний ідеалізувати “сильну жінку”; у її розмовах, одязі виділяє символи цієї сили, авторитарність, деяку маскулітність (спортивний одяг, високі чоботи, великі окуляри, чоловіча зачіска й т.п.). Підкреслює свою приниженість, залежність, прагне виконувати вказівки, очікує покарання, догани від жінки.
3. *Чоловік-син*. Несамостійний, підлеглий, іноді невдаха, хворобливий, психічно й фізично інфантильний, залежний, може бути вибагливим, манірним.

З вищевказаної класифікації можна побачити, що пестощі та поведінка чоловіка-батька й жінки-дочки багато в чому гармонічні, тобто очікуване відповідає запропонованому за формою і змістом; той же висновок можна зробити про відносини жінки-матері й чоловіка-сина, жінки агресивного типу й чоловіка пасивно-підлеглого. Також чітко видно, що чоловік-батько й жінка-мати не будуть мати гармонію в пестошах, а взаємини чоловіка й жінки, які належать до пасивно-підлеглого типу, являють собою один із виражених варіантів сексуальної дисгармонії.

### **3) Інформаційно-оціночний компонент сексуальної гармонії**

Психологічна підготовленість до шлюбу, знання основ подружніх відносин, культура почуттів і спілкування, а також вірна проінформованість у питаннях психогігієни статевого життя, які становлять інформаційно-оціночний компонент сексуальної гармонії, мають велике значення для її досягнення. Порушення цього компонента може впливати не тільки на психічний, але й на соматичний стан людини. Існує певний зв'язок між помилковою проінформованістю в питаннях психогігієни статевого життя, неправильною оцінкою своїх сексуальних проявів і загальним станом здоров'я. Незадоволеність в аспекті почуттів та інтимних відносин між чоловіком і жінкою часто приводить до численних скарг, дійсна причина яких часто приховується свідомо або несвідомо.

Повна непоінформованість молодих людей про фізіологію й психологію статевої функції та гігієни статевого життя, з одного боку, пряма або непряма ятрогенія - з іншого, виступає найбільш частими причинами сексуальної дисгармонії подружньої пари.

#### **4) психофізіологічний компонент сексуальної гармонії.**

Психофізіологічні фактори - темперамент і статеві конституції мають не менше значення в забезпеченні сексуальної гармонії, ніж розглянуті вище, соціальний, психологічний та соціально-психологічний компоненти.

*Темперамент* - динамічні особливості (інтенсивність, швидкість, темп, ритм) психічних процесів і стану індивіда. Невідповідність темпераментів чоловіка й жінки може мати негативний вплив на їх психологічну й сексуальну адаптацію.

*Статева конституція* – один з найважливіших факторів, що визначає сексуальну гармонію подружньої пари, або, навпаки, її дисгармонію. Остання нерідко є наслідком розбіжності типів статевої конституції подружньої пари. Через це визначення статевої конституції кожного із подружжя має практичне значення для діагностики і корекції розладів сексуальної гармонії. Розглядають статеву конституцію як сукупність стійких біологічних властивостей, які формуються під впливом спадкових факторів і умов

розвитку в пренатальному періоді і під час раннього онтогенезу. Статева конституція обмежує діапазон індивідуальних потреб на певному рівні статевої активності і обумовлює індивідуальну опірність відносно патогенних факторів, які впливають на статеву сферу (сильна, середня, слабка).

### **5) Фізіологічний компонент сексуальної гармонії**

Вплив соціальних і психологічних факторів на сексуальність людини неможливо відокремлювати від факторів біологічних, тому що вони тісно пов'язані між собою, і відіграють значну роль у детермінації сексуальних відносин, визначають більшу варіабельність людської сексуальності.

Фізіологічний компонент порушується при розладах нейрогуморальної, психічної й нервової регуляції статевої функції, а також при патології сечостатевої системи в одного або обох з подружньої пари.

Стан фізіологічного компонента сексуальної гармонії визначається станом і взаємною відповідністю сексуальної функції у чоловіка та жінки.

### **Питання клінічного сексологічного обстеження.**

Розвиток сексуальних розладів у чоловіків і жінок може бути обумовлений різноманітними причинами і умовами, які включають широке коло біологічних і психологічних факторів, у зв'язку з чим уточнення природи й особливостей прояву сексуальної патології передбачає проведення всебічного загальноклінічного сексологічного та психологічного обстеження кожного з пацієнтів.

Спеціальне сексологічне обстеження чоловіків і жінок передбачає ретельне вивчення суб'єктивних та об'єктивних особливостей сексуальних функцій у кожного пацієнта, а також об'єктивне дослідження його загального соматичного стану, неврологічного й психічного статусів, стану сечостатевої системи, спеціальних соціально-психологічних і відповідних параклінічних досліджень.

При вивченні скарг хворого на стан здоров'я і наявність тих або інших сексуальних відхилень особливо привертають увагу дані, які стосуються

безпосередньо порушень статевої функції або наявності сексуальної незадоволеності. Вивчення анамнезу хвороби передбачає з'ясування причин й умов розвитку сексуальної патології. Досить важливо з'ясувати, які саме фактори призвели до виникнення думки в кожного з подружньої пари про наявність сексуального розладу.

Спеціальний анамнез повинен засвідчити сексуальні прояви кожного з обстежених до початку статевого життя, визначити характер статевого життя до розвитку сексуальної патології й на момент обстеження.

При вивченні сексуальних проявів необхідно з'ясувати:

- а) вік пробудження лібідо;
- б) вік і обставини першої еякуляції і оргазму;
- в) вік першої полюції, її частоту;
- г) наявність або відсутність мастурбації (вік, тип, частота);
- д) практика петтингу (тривалість, частота);
- е) наявність фрустрації (тривалість, частота);
- ж) вік початку менструації, її тривалість і характер перебігу, час останньої менструації і причину припинення;
- з) фактори, які сформували в пацієнтів уявлення про сексуальну норму.

Вивчення свідчень про характер статевого життя кожного обстеженого припускає визначення:

- а) вік і суб'єктивну оцінку першого статевого досвіду;
- б) динаміку статевого життя до шлюбу та у шлюбі;
- в) вік переходу до умовно фізіологічного ритму;
- г) наявність ексцесів, їхній максимальний рівень і вікова характеристика;
- д) періоди сексуальної абстиненції і їх переносність;
- е) наявність полюцій й їхня частота,
- ж) вплив на статеву функцію алкоголю, паління, психофармакологічних засобів, наркотиків, а також фізичних і психічних навантажень.

У план сексологічного обстеження обов'язково включають уточнення характеристики статевого акту останнім часом що включає: а) настрій

обстежуваних перед статевим актом; б) виразність лібідо; в) характер ерекцій (спонтанні, адекватні); г) тривалість статевого акту; д) характер еякуляції і оргазму; е) самопочуття й настрої після статевого акту. Інтерес представляє уточнення часу, умов протікання, особливостей останнього статевого акту.

### **Контрацепція.**

Контрацепція – комплекс методів, які включають протизаплідні засоби, а також певні методи запобігання вагітності. Крім засобів контрацептивної дії дана категорія включає також засоби абортативної дії (внутрішньоматкові спіралі і гормональна контрацепція).

Оцінка методів контрацепції здійснюється за допомогою індекса Перля. Індекс Перля (І.П.) – це індекс ефективності контрацептивного методу, що показує, скільки жінок зі ста завагітніли, використовуючи той чи інший метод контрацепції впродовж одного року. Велике значення для повної оцінки метода контрацепції має правильне використання цього методу.

Методи контрацепції:

#### **I. Природні (біологічні методи)**

- 1) метод лактаційної аменореї (І.П. 2-3)
- 2) періодична абстиненція:
  - календарний метод (І.П. 24);
  - Крейгтонівський метод (оцінка цервікального слизу) (І.П. 15);
  - моніторинг базальної температури (І.П. 0,8-3);
  - симптомо-термальний метод (І.П. 0,3).
- 3) Переривання статевого акту (І.П. 18)

#### **II. Бар'єрні методи.**

- 1) Презервативи
  - чоловічій (І.П. 2-4)
  - жіночій (І.П. 5-25)
- 2) Діафрагми (І.П. 6-20)
- 3) Маточні ковпачки (І.П. 9-20)
- 4) Сперміциди (І.П. 3-21)

### III. Внутрішні спіралі

- 1) Нейтральні (І.П. 3)
- 2) Утримуючи мідь (І.П. 0,9-3)
- 3) Прогестінові (І.П. 0,1-0,5)

### IV. Гормональна контрацепція

- 1) Комбіновані оральні контрацептиви (І.П. 0,1-0,9)
  - монофазні;
  - двуфазні;
  - трифазні;
  - невідкладна контрацепція.
- 2) Чисто прогестінові контрацептиви
  - міні-пілі; (І.П. 0,5-3)
  - ін'єкційні гестагени пролонгованої дії; (І.П. 0,3-1,4)
  - імпланти (Норплант); (І.П. 0,09)
  - гормональне кільце (І.П. менше 1)
  - гормональний пластир (І.П. 0,4-0,9)
  - прогестинова й антипрогестинова невідкладна контрацепція.

Метод Юзпе (І.П. 1-5), Постінор (І.П. 2)
- 3) Чоловіча гормональна контрацепція (імпланти, пігулки)

### V. Стерилізація

- 1) Чоловіча гормональна (І.П. 0,5-3)
- 2) Хірургічна
  - чоловіча (І.П. 0,4)
  - жіноча (І.П. 0,01-0,1)

### Завдання.

1. Перелічіть фактори сексуальної гармонії: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

2. Опишіть характеристики спілкування між чоловіком та жінкою:

---

---

---

---

---

3. Перелічіть типи сексуальної мотивації: \_\_\_\_\_

---

---

---

4. Психологічні типи жінок (сексуальні типи поведінки):

---

---

---

5. Перелічіть біологічні типи контрацепції: \_\_\_\_\_

---

---

---

6. Що таке Індекс Перля? \_\_\_\_\_

---

---

---



## Тема № 4

### Сексуалні розлади.

#### Класифікація розладів сексуальної функції.

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

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

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

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

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

До первинних розладів сексуального здоров'я слід віднести порушення диференціювання статі, порушення статевого диференціювання мозку й первинні форми сексуальних дисфункцій, серед них паторефлекторну, дисрегуляторну, абстинентну, конституціонально-генетичну, дезінтеграційну, судинну, рецепторну, спінальну, інволюційну, соціокультурну, дезінформаційно-оцінну (ігнорантну), алекситимічну форми сексуальних розладів, мовчазний простатовезикуліт, коїтофобію, невроз очікування сексуальної невдачі, пенісизм, сексуальну аверсію, вагінізм, геніталгію, а також різні форми девіації статевої поведінки та психосексуальної орієнтації.

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

Системний підхід до дослідження й діагностики порушень і девіацій сексуального здоров'я дав змогу розробити наведену нижче їх класифікацію.

### **Класифікація**

#### **I. Порушення статевого розвитку.**

1. Порушення диференціювання статі — інтерсексуальні стани (агенезія та дисгенезія гонад, ембріогенетичні форми функціональної (ендокринної) патології гонад, уроджений андреногенітальний синдром).
  2. Порушення статевої ідентифікації— транссексуалізм, трансвестизм подвійної ролі, розлад статевої ідентифікації дитячої віку.
  3. Порушення темпу та термінів статевого дозрівання, акселерація чи ретардація соматостатевого і психосексуального розвитку, асинхронії статевого розвитку.
  4. Девіації статевої поведінки:
    - 1) трансформація статевої ролі стереотипу (фемінінний у чоловіків, маскулінінний у жінок);
    - 2) гіперрольова поведінка (надмірна акцентуація особливостей статевої ролі — гіпермаскулінінна поведінка в чоловіків, гіперфемінінінна у жінок).
  5. Порушення статевої переваги:
    - 1) за об'єктом (нарцисизм, ексгібіціонізм, візіонізм, фетишизм, фетишистський трансвестизм, зоофілія, некрофілія та ін.);
    - 2) за віком (педофілія, ефебофілія, геронтофілія);
    - 3) за статтю (гомосексуалізм, лесбійство, бісексуалізм).
  6. Девіації за характером реалізації статевого потягу:
    - 1) садизм (патологічна гіпермаскулінінна поведінка);
    - 2) мазохізм (патологічна гіперфемінінінна поведінка);
    - 3) насильницький статевий акт.
- II. Сексуальні розлади в чоловіків і жінок.
1. Первинні форми сексуальних розладів:
 

Дезадаптивні форми:

    - 1) соціокультурна (невідповідність загальної та сексуальної культури);
    - 2) комунікативна (утруднення в спілкуванні з представниками протилежної статі);
    - 3) сексуально-поведінкова (трансформація статевої ролі поведінки, гіперрольова поведінка, девіація психосексуальної орієнтації);

- 4) сексуально-еротична (невідповідність у подружжя типів сексуальної мотивації, мотивів статевого акту, експектація — невідповідність очікуваної чи бажаної моделі сексуальної поведінки при статевому акті);
  - 5) аверсійна (вкрай негативне ставлення до партнера чи взагалі до сексу);
  - 6) конституціональна дезадаптація (невідповідність типів статевої конституції в подружжя);
  - 7) біоритмічна форма (невідповідність сексуальних біоритмів у подружжя);
  - 8) вірогамія (незайманий шлюб);
- Форми сексуальної дисфункції:
- 9) паторефлекторна (вироблення патологічного умовного рефлексу);
  - 10) дисрегуляторна (внаслідок систематичного переривання статевого акту);
  - 11) абстинентна (тривале чи короткочасне, але часто повторюване статеве утримання);
  - 12) конституціонально-генетична (слабкість структур і апаратів, що здійснюють регуляцію статевого інстинкту);
  - 13) ретардаційна (затримка статевого розвитку, яка справила негативний вплив на сексуальність);
  - 14) дезінтеграційна (первинна патогенетична дезінтеграція — неповноцінність парацентральної часточки);
  - 15) судинна (артеріальна чи венозна недостатність статевого члена);
  - 16) спінальна (ураження спінального центру ерекції чи еякуляції);
  - 17) рецепторна (гіпо- чи гіперстезія рецепторів сексуальної чуттєвості статевих органів);
  - 18) інволюційна (зниження сексуальності, зумовлене інволюційними процесами організму);
  - 19) дезінформаційно-оцінна (ігнорантна) форма (неправильна чи недостатня обізнаність у питаннях психогігієни статевого життя і

- неправильна оцінка сексуальності, своєї та партнера);
- 20) сексуальний автоматизм (невміння контролювати еякуляцію);
- 21) алекситимічна (так звана директорська хвороба, зумовлена невмінням відпочивати, гармонійно поєднувати роботу з відпочинком, що призводить до зниження сексуальної функції);
- 22) коїтофобія;
- 23) онанофобія;
- 24) невроз очікування (непевність, чекання невдачі або удачі перед або під час статевого акту);
- 25) пенісизм (зменшення статевого члена під час спроби статевого акту, нерідко сполучається з коїтофобією);
- 26) вагінізм (скорочення м'язів піхви й тазового дна при думці або спробі статевого акту, гінекологічному обстеженні);
- 27) психогенні геніталгії (біль при статевому акті);
- 28) мовчазний простатовезикулізм (унаслідок петингу, фрустрації);
- 29) патологічна мастурбація

### III.2. Вторинні форми сексуальних розладів:

- 1) при соматичних захворюваннях (у тому числі неврологічних, ендокринних, урологічних та ін.);
- 2) при психічних захворюваннях.

### **Порушення статевого розвитку.**

#### **Порушення статевої самосвідомості (транссексуалізм).**

Однією з девіацій психосексуального розвитку є порушення статевої самосвідомості, або так званий транссексуалізм. Транссексуалізм виникає внаслідок порушення статевого диференціювання мозку, а саме його структур, відповідальних за статево поведінку, розташованих головним чином у гіпоталамусі. Цей розлад призводить до спотворення аутоідентифікації, внаслідок чого людина усвідомлює себе належною до протилежної статі.

Статеве диференціювання мозку порушується у плоду чоловічої статі за

недостатньої концентрації ембріонального андрогену, в певний період розвитку і недостатньої тривалості його впливу, а також за наявності надлишкової кількості естрогену в крові матері.

Транссексуалізм в осіб біологічної чоловічої статі супроводжується відставанням у фізичному розвитку й досить часто — затримкою психічного розвитку. У дітей прояви транссексуалізму входять до структури «синдрому порушення статевої ідентичності в дитинстві», що має значну розповсюдженість — до 2 % дітей.

Порушення статевої самосвідомості, судячи з даних літератури, частіше зустрічається серед чоловіків, складаючи від 1:37 тис. до 1:100 тис. населення. Співвідношення між чоловіками й жінками коливається, за даними різних авторів, від 2:1 до 8:1. Середній вік звернення чоловіків до лікаря — 20—24 роки.

Як критерії, на підставі яких встановлюється діагноз транссексуалізму, заведено вважати:

1. Наявність у людини відчуття належності до протилежної статі, переконаність у тому, що вона народилася з неправильною статтю.
2. Наявність почуття відчуженості від власного тіла, ставлення до своїх вторинних статевих ознак як до фізичних вад і відраза до них.
3. Дуже сильне, що відчувається людиною постійно, прагнення набути фізичних ознак протилежної статі, для чого вона готова пережити хірургічне втручання.
4. Бажання бути прийнятим у суспільстві як представник протилежної статі.

Якщо біологічний чоловік прагне стати жінкою, говорять про «чоловічий — жіночий» транссексуалізм, коли біологічна жінка хоче стати чоловіком — про «жіночий — чоловічий».

Клінічні прояви даної патології можуть бути виражені по-різному залежно від ступеня порушення статевого диференціювання мозку: від яскравих, гротескних його проявів до слабких, стертих, коли ознакою

транссексуалізму є лише відзначені в дитинстві спроби віднести себе до іншої статі. Чоловіки з яскраво вираженим, «ядерним» транссексуалізмом практично не піддаються впливу мікросоціального середовища й не адаптуються без зміни статі. Водночас за менш виражених, зовні компенсованих форм патології, які є результатом менш грубого, інколи доволі незначного порушення статевого диференціювання мозку у пренатальному онтогенезі, пацієнти соціально адаптовані, незважаючи на те, що в них зберігається відчуття належності до протилежної статі.

На відміну від гомосексуалістів, транссексуали психологічно вважають себе належними до протилежної статі і незмінно прагнуть до хірургічної корекції анатомічної будови свого тіла, що зовсім не притаманне гомосексуалам. Транссексуали вважають свою поведінку природною, не бачачи в ній жодних негативних моментів, тоді як гомосексуали зазвичай розуміють, що їхній потяг до своєї статі не є нормальним. Якщо транссексуал відчуває відразу до своїх статевих органів і розглядає їх як помилку природи, то гомосексуал, навпаки, прагне підкреслити свої статеві ознаки.

Існують і відмінності між транссексуалами та трансвеститами. Розрізняється їхнє ставлення до перевдягання: перші роблять це для задоволення свого бажання належати до іншої статі, вважаючи, що це одяг, який належить їм по праву; другі розуміють, що роблять дещо їм не властиве, заборонне. Основна ж розбіжність полягає в тому, що транссексуал вимагає медичного втручання для переміни статі, а трансвестит, навпаки, уникає лікування й віддає перевагу інверсії статевої ролі, що має чисто зовнішній характер.

Перші ознаки порушення статевої самосвідомості з'являються у 3—5-річному віці, коли на перший план виступають зумовлені ним зміни поведінки. У дошкільному віці діти під впливом виховання, порівняння з однолітками за одягом, виглядом, статевими органами усвідомлюють себе хлопчиками відповідно до біологічної та соціальної статі. Водночас вони неусвідомлено поводять себе як дівчатка, характерними для жіночої статі є

їхні потяги, ігри. Їм подобається одяг дівчаток, і вони вимагають дозволу його носити, називають себе жіночими іменами, прагнуть до дружби й емоційного контакту з дівчатками й не виявляють інтересу до дітей своєї статі.

У період пубертатного розвитку відчуття належності до протилежної статі у транссексуалів посилюється. У підлітків зростає бажання набути вигляду, властивого дівчатам — в одязі, зачісці, манері поведінки. Хлопчики боляче переносять розвиток вторинних статевих ознак, відчувають відразу до них, прибинтовують статевий член до промежини, вищипують волосся на обличчі. У цей період з'являється почуття закоханості в осіб своєї біологічної статі й пов'язані з цим переживання, еротичні мрії, фантазії. Реакція дорослих на подібну поведінку підлітків виражається в директивах і заборонах.

У старшому шкільному віці й у перші роки після закінчення школи (в період пізнього пубертату) весь стиль поведінки юнаків піддається фемінізації. Вони стають жіночними, кокетливими, рухи їхні підкреслено плавні, одяг інтерсексуальний. Юнаки не палять, не п'ють алкогольних напоїв, не вживають нецензурних висловів і віддають перевагу жіночому товариству, де їх охоче приймають за своїх, рідше — самотність. Професійні схильності таких юнаків, так само як і віддання переваги домашнім роботам, відображають інверсію статевої поведінки. Вони обирають фах медбрата, перукаря, кухаря тощо.

У 20 років транссексуалізм, як правило, виявляється повністю сформованим. Чоловіки постійно носять жіночий одяг, жіночого характеру набувають їх моторика, голос, інтонації, весь зовнішній вигляд. Завершується розвиток статевої самосвідомості, яка тепер уже повністю віддзеркалює риси протилежної статі — сексуальний потяг, фемінінна роль у громадському й особистому житті; упорядковується сексуальне життя. На цьому етапі у пацієнта вже є спеціальність, сексуальний партнер і коло близьких друзів, які співчують або допомагають транссексуалові у їх розв'язанні.

Транссексуалізм нерідко супроводжується невротичними розладами, які виникають унаслідок хронічного емоційного стресу, якого зазнають ці люди.



Проте для нього не характерна психопатологічна симптоматика, він не належить до психозів. Як правило, розумова діяльність транссексуалів не страждає, лише склад їхнього мислення і здібності часто властиві людям протилежної статі. Соматично ці люди також здорові, хоч деякі фізіологічні механізми, зокрема біоритми, гормональний баланс, функціонують у них, як в осіб протилежної статі.

До лікаря транссексуалів приводить нерозв'язуваний конфлікт між біологічною і психічною статтю, між потребами й бажаннями особистості, вимогами й заборонами суспільства й пов'язане з цим нелегальне становище такої людини в суспільстві.

Надання медичної допомоги особам із транссексуалізмом регламентується спеціальним наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Медико-біологічними й соціально-психологічними протипоказаннями для зміни (корекції) статевої належності є: відсутність бодай однієї з наведених вище умов; вік до 25 років (у виняткових випадках — до цього віку); наявність дітей; перебування у шлюбі під час розгляду комісією заяви пацієнта; наявність ендогенного захворювання з фасадом транссексуалізму; гомосексуалізм, трансвестизм на тлі трансформації статевої ролі (якщо бажання змінити статеvu належність збігається з початком виникнення сексуального потягу); наявність інших перверсних тенденцій; грубі порушення соціальної адаптації (відсутність роботи, постійного місця проживання та ін.); психологічні особливості, які ускладнюють або роблять неможливою соціально-психологічну адаптацію в бажаній громадянській статі; алкоголізм, наркоманія, антисоціальна поведінка; морфологічні особливості, що ускладнюють або унеможливають адаптацію в бажаній статі; неможливість ендокринологічної чи хірургічної корекції у зв'язку з наявністю ендокринологічних або соматичних хронічних захворювань; недостатній рівень інтелекту для адекватної оцінки можливих ускладнень; незгода особи, що потребує зміни статевої належності, із затвердженим

обсягом відповідних положень, рекомендованих постійно діючою комісією з питань зміни (корекції) статевої належності при МОЗ України.

Встановлює наявність або відсутність у пацієнта транссексуалізму й вирішує питання про доцільність проведення коригуючих оперативних втручань стосовно зміни (корекції) статевої належності зазначена комісія. Особи, що бажають оперуватися за межами України, можуть отримати рішення комісії на руки, причому оплачується операція за рахунок пацієнта. Особи, які оперувалися раніше, але мають ускладнення чи претензії, вирішують свої питання на засіданні комісії за наявності всіх необхідних для ухвалення комісією рішення документів або в судовому порядку.

Діти й підлітки до 15 років консультуються сексопатологом тільки за згоди батьків чи опікунів. Можливість консультації підлітка, який не хоче інформувати про це батьків, вирішується комісією.

Рішення про зміну статевої належності комісія ухвалює на підставі особистої заяви особи, яка вирішила змінити статеву належність, а також медичної документації, представлені на розгляд комісією місцевими органами охорони здоров'я. Єдиним документом, на підставі якого медичні заклади мають право проводити операційне втручання, є висновок комісії. Повторний розгляд комісією справ і обстежень осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності і яким було відмовлено в цьому, можливий не раніше, ніж через рік, за умови постійного динамічного нагляду в сексопатолога за місцем проживання протягом усього цього часу (не менше одного разу на 3 місяці).

Особи, які потребують зміни статевої належності, мусять бути попереджені про неможливість після її зміни мати власних дітей, втрату сексуальних відчуттів та всі інші можливі ускладнення й труднощі. З ними слід проводити інтенсивну психотерапевтичну роботу, спрямовану на відмову пацієнта від зміни (корекції) статевої належності. У тих випадках, коли сексопатолог вважає, що зміна статі з приводу транссексуалізму необхідна, він подає медичну документацію на комісію МОЗ України. Якщо

пацієнт із наявністю протипоказань вимагає направлення на комісію, сексопатолог мусить вислати на адресу комісії свій висновок і необхідну документацію.

Після проходження пацієнтом комісії й вирішення питання про зміну (корекцію) статевої належності сексопатолог зобов'язаний проводити постійну психологічну й ендокринологічну корекцію терміном не менше року з подальшим поданням комісії висновку для вирішення питання про операційну корекцію.

У тому разі, якщо комісія ухвалює рішення про недоцільність зміни статевої належності пацієнта, сексопатолог повинен провести психотерапевтичну корекцію його переживань, за необхідності — медикаментозну корекцію.

### **Порушення статево рольової поведінки.**

Поведінка особистості значною мірою детермінована соціальними чинниками. Суспільство приписує моделі поведінки, котрі розглядаються як притаманні даній статі, тобто статеворольову поведінку. Нормативним стереотипом маскулінної поведінки вважається незалежність, владність, активність, професійна компетентність тощо. Природно, що статеворольова поведінка неабияк впливає на сексуальність, на сексуальну поведінку й очікування, отже, від неї багато в чому залежить сексуальна гармонія.

Існують два види порушення статеворольової поведінки: гіперрольова (гіпермаскулінна) поведінка, що характеризується загостренням особливостей статевої ролі, і трансформація — формування статеворольової поведінки, властивої іншій статі, тобто фемінінна поведінка чоловіків.

До трансформації статеворольової поведінки, яка відбувається на етапі формування її стереотипу, призводять вплив негативних мікросоціальних чинників, неправильного виховання, порушення статевої ролі батька, матері чи обох батьків, їхніх негативних характерологічних особливостей. Часто в неповній родині, коли мати виховує сина за своєю подобою, у хлопчика формується фемінінна поведінка.

З мікросоціальними чинниками й особливостями соціокультурного розвитку пов'язане здебільшого й формування гіперрольової поведінки. У чоловіків із гіпермаскулінною поведінкою за відсутності тактильного й емоційного контакту з матір'ю в дитинстві розвивається потреба в беззаперечному підпорядкуванні жінки. У підлітковому й юнацькому віці характерна для таких чоловіків агресивна поведінка включається до структури статевого потягу.

У чоловіків із гіперрольовою поведінкою в сексуальних контактах подекуди вона сполучається із звичайною, маскулінною поведінкою в інших сферах життя й спілкування.

Слід зазначити, що нині у частини чоловіків і жінок межі стереотипів статевої поведінки стираються, стають гнучкішими, проте статевої очікування продовжують існувати й до певної міри звужують можливості встановлення інтимних стосунків. Люди дедалі частіше намагаються інтегрувати у своєму житті маскулінну й фемінінну поведінку. Нова тенденція дістала назву андрогінії. Цей термін відбиває гнучкість у статевої поведінці.

Андрогінна поведінка відкриває можливість завжди поводитись адекватно до ситуації, реалізуючи свої прагнення й потреби незалежно від того, якій статі приписує їх прийнятий статевої стереотип. Це визначає більш високий рівень соціальної адаптації й самооцінки андрогінних особистостей у порівнянні з тими, чия поведінка суворо обмежена межами статевого стереотипу. Андрогіни розкутіші в сексуальній поведінці, позитивно ставляться до сексу й менш схильні до критики й засудження сексуальної поведінки інших людей. Завдяки цьому вони повніше реалізують емоційні й чуттєві можливості сексуального життя.

Таким чином, у сучасному суспільстві наявна тенденція до сполучення в особистостей різних стереотипів статевої поведінки залежно від ситуації. Проте слід зазначити, що це зовсім не усуває проблеми негативної ролі її порушень у становленні сексуальності й статевого життя людини.

## **Порушення психосексуальної орієнтації.**

Поняття неправильної психосексуальної орієнтації включає в себе порушення спрямованості статевого потягу й форм його реалізації, яке називається також статевими збоченнями, сексуальними перверсіями, парафіліями.

Існують істинні перверсії, коли спотворений статевий потяг витісняє й заміщує нормальне статеве життя, і перверсні тенденції — порушення лібідо, яке проявляється лише в сексуальних фантазіях, але не реалізоване. Істинні перверсії віддзеркалюють порушення другої фази формування статевого потягу (научення й закріплення настанови), перверсні тенденції — порушення першої фази (вироблення настанови).

Психосексуальна орієнтація формується у процесі постнатального онтогенезу. Вона визначається тісною взаємодією соціально-психологічних та біологічних чинників, проте слід враховувати, що останні можуть деформуватися ще у пренатальний період.

Психосексуальна орієнтація може бути порушена за статтю, за об'єктом, за віком і формами реалізації.

### **Гомосексуалізм**

Неправильна орієнтація за статтю, тобто статевий потяг до представників своєї статі, відома під назвою гомосексуалізм. Статева ідентичність гомосексуала збігається з біологічною статтю, в нього правильна самосвідомість, він сприймає себе як чоловіка, проте відчуває потяг до представників своєї статі.

Існує тенденція чітко розрізняти гомосексуальність і гетеросексуальність. У дійсності таке розмежування не є чітким. Відносно невелика кількість людей вважають себе виключно гомосексуалами, переважна більшість вважає себе гетеросексуалами. Проте між ними можливі різноманітні стани переваг і сексуального досвіду, котрі також можуть змінюватись у часі.

По даним досліджень близько 2 % чоловіків і 1 % жінок є виключно гомосексуалами, приблизно 75 % чоловіків і 85 % жінок — виключно гетеросексуалами і 23 % чоловіків та 14 % жінок мають сексуальний досвід

обох типів.

Бісексуалізм являє собою доволі складний феномен. Вважається, що термін «бісексуал» стосується людини, котра може вступати в сексуальний контакт і зазнавати задоволення від нього із представниками обох статей або визнає бажання такого контакту.

### **Ексігібіціонізм**

Це потяг чоловіків до оголення статевих органів перед представниками іншої чи своєї статі, нерідко перед дітьми.

За існуючими даними, більшість ексгібіціоністів — чоловіки 20—30 років і понад половину з них одружені чи були одружені. Часто це боязкі, невпевнені в собі люди, які відчують себе неадекватно. Ексігібіціонізм може виникати за будь-якої психічної патології й навіть у психічно здорових людей, що підтверджує його клінічну самостійність. Однак частіше він формується в осіб із скроневим, гіпоталамічним, шизофренічним дефектом, а також із непроцесуальним аутизмом.

У дітей оголення й розглядання один в одного статевих органів вважається нормальним явищем, воно відзначається у 5 % дітей молодше 7 років, в поодиноких випадках — у дітей 7—11 років, а серед підлітків — в 1 % хлопчиків і 1 % дівчаток. Значно частіше спроби оголення спостерігаються у психічно хворих дітей. В нормі у дитячому віці демонстрація статевих органів сексуальним збудженням не супроводжується. Однак при зниженні порогів збуджуваності і порушенні термінів психосексуального розвитку, найчастіше зумовлених психічними захворюваннями, демонстрація статевих органів може викликати спочатку статеве збудження, а потім підкріплюватися оргазмом. У пубертатному віці виникнення ексгібіціонізму може бути пов'язане з раптовою появою дорослих під час мастурбації, коли страх, сором різко посилюють високе статеве збудження й настає незвичайно яскравий оргазм. Пізніше це закріплюється за умовно-рефлекторними механізмами.

Певні ексгібіціоністські тенденції можна вбачати й у поведінці, яка вважається прийнятною в суспільстві, де еротичне оголення людського тіла експлуатується різними способами (провокуюче вбрання, мінімальні купальні костюми тощо). Проте від цих більш прийнятних форм ексгібіціоністська поведінка відрізняється насамперед тим, що вона передбачає мимовільне спостереження й викликаний несподіванкою страх спостерігача. Крім того, ексгібіціонізм проявляється в демонстрації не просто оголених статевих органів, а ерегovanого статевого члена, і в мастурбації. Статеве збудження ексгібіціоністів зростає при переляку жертви, тому вони прагнуть з'явитись перед нею раптово.

### **Непристойні телефонні дзвінки**

Непристойні телефонні дзвінки характерні для осіб із поведінкою, схожою на поведінку ексгібіціоністів. Вони відчують сексуальне збудження, почувши реакцію жертви у вигляді жаху чи шоку, і мастурбують під час або одразу після «успішного» дзвінка. Вважають, що ця перверсія притаманна чоловікам, які відчують неадекватність і небезпеку. Для таких осіб непристойні телефонні дзвінки є єдиним способом сексуального спілкування й задоволення. При цьому, на відміну від ексгібіціоністів, вони часто виявляють до протилежної статі почуття тривоги й ворожнечі. Нерідко вони погрожують своїм абонентам фізичною розправою, проте практично ніколи не здійснюють своїх погроз.

### **Фротеризм**

Фротеризм — досить розповсюджена парафілія, коли чоловік зазнає сексуальне збудження від того, що притискається й третється об повністю вдягнену жінку у громадському місці, наприклад, у ліфті, автобусі, метро. Найзвичайнішою формою контакту є контакт між пенісом одягненого чоловіка і сідницями чи ногами жінки. Часто контакт здається ненавмисним і жінка може не звернути на нього увагу. Фротерист відчуває сексуальне задоволення під час своїх дій або пізніше використовує образи під час фантазування при мастурбації.

Фротеристи близькі за своїми особистісними відмінностями до ексгібіціоністів, їх часто мучить почуття соціальної чи сексуальної неадекватності. Короткі, миттєві контакти з незнайомими в людних місцях дозволяють їм зазнавати сексуального задоволення в безпечній, на їхню думку, незагрозливій формі.

### **Нарцисизм**

Нарцисизм (що називаються також аутоеротизмом, аутофілією та ін.) — спрямованість статевого потягу на самого себе, потяг до милування власним тілом, що супроводжується збудженням і мастурбацією. Зазвичай нарцисизм є не самостійною формою статевого збочення, а епізодом у процесі формування інших перверсій.

Найбільша роль у становленні нарцисизму належить ізоляції від однолітків з раннього віку, коли об'єктом вивчення стає лише власне тіло, однак можливо й формування його при психопатологічних змінах особистості, зокрема при істероїдній психопатії.

Елементи нарцисизму можна спостерігати в дітей, дещо яскравіше вони виражені в підлітків, у тих випадках, коли ці елементи закріплюються, у дорослих вони набувають патологічного характеру. Нарцисизм проявляється в милуванні власним тілом, своїми статевими органами, розгляданні себе у дзеркалі, пестуванні свого тіла, іноді фотографуванні самого себе в оголеному вигляді й розгляданні фотографій. Усі ці дії супроводжуються статевим збудженням і мастурбацією.

### **Скопофілія (вуайєризм)**

Скопофілія (інакше мікроскопія, візіонізм, вуайєризм) — потяг до підглядання за статевим актом або оголеними представниками тієї чи іншої статі. До скопофілії іноді відносять також надцінне захоплення порнографічними зображеннями, порнофільмами, яке, з іншої точки зору, є самостійним видом перверсії.

Скопофілія як перверсія визначається відданням переваги підглядання нормальним сексуальним контактам або тим, що вона пов'язана з якимось



ризиком (або й тим, і іншим). Вуайеристи зазвичай відчувають найсильніше сексуальне збудження при великому ризику бути поміченими, тому, зокрема, їх не приваблюють нудистські пляжі, де спостереження цілком припустиме.

Для більшості вуайеристів характерні ті самі риси, що й для ексгібіціоністів. У них сильні почуття неповноцінності й неадекватності, особливо в стосунках із потенційними сексуальними партнерами. У більшості випадків це молоді чоловіки, трохи старші за 20 років.

Підглядання часто спостерігається в дітей і підлітків, навіть за нормального психосексуального розвитку. Це явище відзначено в 25 % дітей дошкільного віку, у віці 7—11 років його частота зростає у хлопчиків до 33 % і знижується в дівчаток до 6,2 %, а серед підлітків різко скорочується — відповідно до 5,5 і 0,3 %. Дитячий візіонізм, таким чином, нівелюється з віком і на етапі формування психосексуальної орієнтації може зберігатися у вигляді винятку, стаючи основою майбутньої скопофілії.

Елементи скопофілії можуть включатися до нормальної сексуальності і можуть сполучатися з елементами нарцисизму. У цих випадках статевий акт набуває дещо вигадливого характеру: пацієнти можуть досягнути оргазму тільки спостерігаючи за собою у дзеркало. Інколи вони підтримують статеве збудження й ерекцію під час статевого акту, уявляючи себе спостерігачами того, що відбувається.

Візіонізм відтворює незрілість статевого потягу практично при всіх порушеннях психосексуального розвитку, ніби «зависання» між сексуальними фантазіями й реалізацією лібідо.

Зазвичай візіонізм не пов'язаний з іншими видами антисоціальної поведінки, більша частина вуайеристів задовольняється підгляданням, зберігаючи дистанцію.

Варіантами розглядуваної перверсії є тріолізм і плуралізм — статеві акти трьох і більше осіб на очах один в одного.

### **Фетишизм**

Фетишизм (його синоніми — ідолізм, сексуальний символізм) — зведення

в культ певного предмета (фетиша), який символізує сексуального партнера, і статевий потяг до нього, що супроводжується сексуальним збудженням і мастурбацією. Фетишем можуть бути предмети туалету (носові хустки, панчохи, нижня білизна, одяг, взуття та ін.) або частини тіла (ноги, волосся, груди, статеві органи тощо). Фетишизм майже виключно спостерігається в чоловіків.

Елементи фетишизму інколи спостерігаються в дітей дошкільного віку, коли їх приваблюють носові хустки людей, яких вони люблять, гумові іграшки тощо. У дорослих фетишизм відображає порушення комунікації з уподобаними об'єктами потягу.

У проявах цієї перверсії чітко простежується її замісний характер. Фетиш зазвичай символізує й заміщує або конкретний об'єкт кохання, або збірний образ уподобаних об'єктів за принципом «частина замість цілого». Сексуальне задоволення досягається шляхом нюху, дотику, прикладання фетиша до статевих органів та інших дій у сполученні з мастурбацією.

Для деяких людей фетиш є замісником людського контакту, і за наявності партнера необхідність у ньому відпадає. У рідкісних випадках фетишизм розвивається у діяльність, яка може завдати комусь шкоди. Злодійство — найпоширеніший вид такої діяльності. Інколи фетишист може здійснити щось неординарне, наприклад, відрізати жмут волосся в того, хто цього зовсім не хоче.

Різновидами фетишизму є ретифізм — фетишизм взуття, трансвестизм — перевдягання в убрання протилежної статі, пігмаліонізм (монументофілія) — потяг до статуй.

### **Трансвестизм**

Трансвестизм — отримання сексуального збудження від перевдягання в одяг протилежної статі. Трансвестити вдягаються в жіноче вбрання для того, щоб зазнати сексуального збудження, а не перевтілитися в жінок, як це роблять іноді гомосексуалісти чи транссексуали, які вдягаються з метою повніше фізично та емоційно відчувати себе жінкою.

Деякі трансвестити повністю вбираються в жіночий одяг, частіше на самоті, й у такому вигляді мастурбують або здійснюють статевий акт. У інших збудження настає від одягання одного предмета жіночої білизни, наприклад, бюстгальтера чи трусиків.

Деякі дослідники свідчать, що трансвестизм трапляється здебільшого в одружених чоловіків із гомосексуальною орієнтацією. Дружини в більшості випадків терплять, а іноді й підтримують перевдягання своїх чоловіків, але інколи в них може з'явитися обурення й відразу до цієї пристрасті.

Як і за інших видів перверсії, розвиток трансвестизму часто відбувається за умовно-рефлекторними механізмами. Підкріплення у формі збудження чи оргазму може супроводжувати перевдягання на ранній стадії розвитку сексуальних інтересів. Деякі чоловіки-трансвестити у шкільні роки перевдягалися в дівчаток з різних причин. Інколи батьки перевдягають хлопчика в одяг дівчинки, тому що вважають це красивим, або тому, що вони хотіли б мати дівчинку, а не хлопчика. У деяких випадках хлопчиків примушують одягати дівоче вбрання як покарання, і спроба покарати через приниження стає першим кроком до трансвестизму.

### **Зоофілія.**

Зоофілія (синоніми — зооерастія, скотолозтво, содомія, бестіалізм, бестіофілія) — статевий потяг до тварин і отримання сексуального задоволення у контакті з ними.

Прихильність до тварин властива дітям, але навіть коли ця прихильність заміщує недостатність контактів з однолітками або уваги й пестощів дорослих, вона, як правило, не стає висхідним пунктом розвитку зоофілії. Однак деякі форми дитячих ігор з тваринами можуть стати ґрунтом для формування патологічного потягу. Зоофілія трапляється переважно у тваринницьких районах, особливо в середовищі, де суворо караються дошлюбні зв'язки. У цих умовах вона має досить велику розповсюдженість: в сільських місцевостях зоофілічні контакти мали 40—50 % юнаків і в деяких випадках вони могли набувати характеру істинної перверсії.

Для чоловіків об'єктом сексуального потягу й задоволення бувають кози, вівці, ослиці, кобилиці, корови, зрідка трапляються випадки статевих актів із свійською птицею й дрібними тваринами (кроликами тощо), що зазвичай супроводжуються проявами садизму. Серед жінок ця перверсія спостерігається значно рідше й зазвичай реалізується у формі кунілінгусу з собаками й кішками.

### **Садизм, мазохізм.**

Садизм та мазохізм можна розглядати як спільний феномен садомазохістської поведінки, оскільки й у тому, й у іншому випадку сексуальне збудження і задоволення асоціюються з болем. Більш того, динаміка цих двох видів поведінки схожа і багато в чому перекривається.

Садомазохізм, таким чином, — це отримання сексуального задоволення через завдання чи відчуття болю.

Особистості з садомазохізмом збуджуються від побиття, від того, що їх зв'язують або шльопають, або від того, що самі завдають подібного болю. Ступінь больових відчуттів, які викликають сексуальне збудження, може коливатися від символічних, м'яких і до жорстокого побиття аж до знівечення. Більшість садомазохістів віддають перевагу тій чи іншій ролі, проте деякі відчують себе однаково комфортно в обох ролях. Крайнім проявом садизму є випадки, коли досягнення оргазму можливе тільки за умови вбивства жертви.

Відомо, що садомазохісти в ранньому віці найчастіше здобули деякий досвід, що пов'язує секс із болем. Так, покарання за мастурбацію може призвести до виникнення в дитини чи підлітка асоціації сексуального збудження з болем. Дитина може відчувати сексуальне збудження й під час покарання, наприклад, коли з неї скидають труси й шльопають, виникає ерекція. У літературі описано один незвичайний випадок, коли в чоловіка розвився садомазохізм після того, як він відчув сильний біль під час операції на руці без анестезії, коли його заспокоювала приваблива молода медсестра. Вона погладжувала його і тримала його голову в себе на грудях, що

викликало асоціацію між сексуальним збудженням і болем, який закріпився потім за механізмами умовного рефлексу.

### **Некрофілія.**

Некрофілія — надзвичайно рідкісна перверсія, що полягає у статевому потягу до трупів і скоєнні з ними сексуальних дій.

В основі механізму формування некрофілії лежить сполучення статевого збудження й оргазму з афектом страху й тривоги. Переживши такий стан, діти інколи самі намагаються досягти його, читаючи страшні оповідання чи викликаючи в уяві відповідні зображення. Таку ж саму роль можуть відігравати залякування дітей цвинтарями, трупами та небіжчиками, а також наявна в більшості дітей потреба в переживанні відчуття страху. При різкому зниженні порогів збуджуваності нервових структур, відповідальних за еякуляцію і оргазм, у окремих дітей під час залякування або читання страшного оповідання може настати оргазм.

У пошуках об'єкта для здійснення статевого акту некрофіли полюють за трупами, намагаються проникнути в дім, де є небіжчик, нерідко влаштовуються працювати до моргів. У виняткових випадках вони йдуть на вбивство й здійснюють статевий акт із трупом жертви. Вбивство при цьому не пов'язане із садистичними тенденціями, а є засобом отримання трупу для досягнення сексуального задоволення.

### **Педофілія.**

Педофілія — статевий потяг до дітей. (до 10-12 років – до початку пубертата) В основі її формування лежать ретардація психосексуального розвитку, порушення комунікації з представниками протилежної статі й нерідко — сексуальні розлади, що ускладнюють або роблять неможливим нормальне статеve життя. Педофілія частіше спостерігається в підлітків, 30-річних і літніх чоловіків. У підлітків вона пов'язана з ретардацією психосексуального й емоційного розвитку, яка перешкоджає нормальним контактам з однолітками. 30-річні педофіли — це зазвичай одружені, проте сексуально й соціально не адаптовані, фрустровані чоловіки, які не

ризикують піти на близькість із дорослими жінками. Серед літніх людей педофілами стають найчастіше самотні і особи, що страждають на статеві розлади.

При педофільії статеві акти здійснюються дуже рідко, так само як і згвалтування. Залякування й погрози використовують лише підлітки. Зазвичай педофільні контакти, розбещувальні дії полягають у розповідях про інтимні стосунки, демонстрації порнографічних зображень, огляді й показі статевих органів, поверховому й глибокому петингу, іноді в орально-генітальному акті, значно рідше здійснюється вестибулярний коїтус.

### **Ефебофілія.**

Ефебофілія — статевий потяг до осіб підліткового та юнацького віку. (11-17 років) В його формуванні, так само як і в педофільії, чільну роль відіграють труднощі комунікації з однолітками, хоча й значно менше виражені.

Ефебофілія може розвиватися в осіб із статевими розладами, котрих приваблює недосвідченість юнаків, незнання ними техніки статевого акту і отже, менша вірогідність засудження своїх сексуальних дій, а також юнацька гіперсексуальність і висока статева активність, що сприяє певній індіферентності до засобів реалізації статевого потягу.

Сексуальна поведінка ефебофілів мало чим відрізняється від звичайної, однак вона має свої особливості. Перш за все це розбещення, схоже на аналогічне при педофільії, проте відвертіше — бесіди під виглядом сексуальної просвіти, демонстрація порнографічних зображень, фільмів, читання порнографічної літератури й т. ін. Ефебофіли прагнуть знайти роботу в колективах підлітків.

### **Геронтофілія.**

Геронтофілія — статевий потяг до осіб літнього й старечого віку. В основі патогенезу цієї перверсії лежить ставлення дитини до дорослої людини як до ідеалу, зразка для наслідування. За браком уваги й піклування з боку батьків діти нерідко намагаються компенсувати їх самотійно, звертаючи свою любов на вихователів, учителів і т. д. У генезі геронтофілії,

особливо в інфантильних особистостей, може відігравати роль прагнення знайти старшого друга, не стільки сексуального партнера, стільки людину, яка б оточила піклуванням.

Геронтофілія може сформуватися внаслідок зведення дитини чи підлітка літніми людьми. Перші сексуальні переживання, з тих чи інших причин пов'язані з дорослими людьми, можуть фіксуватися і надалі визначити спрямованість статевого потягу.

Як сексуального партнера геронтофіли обирають літніх жінок або принаймні осіб, старших за них. У контактах із однолітками вони зазвичай не відчують сексуального задоволення. У чоловіків спроби вступити у близькість із жінками свого віку зазвичай унаслідок відсутності статевого потягу і недостатності ерекції закінчуються невдачею.

### **Порнографоманія.**

Порнографоманія та порноманія — патологічне, надцінне захоплення порнографією в першому випадку — при описуванні чи графічному зображенні, у другому — під час читання чи розглядування зображень або описів сексуальних сцен.

Більш-менш виражений інтерес до порнографії зазвичай не перешкоджає нормальному статевому життю, проте в тих випадках, коли розглядання порнографічних зображень або читання порнографічної літератури, що супроводжується мастурбацією, є єдиним засобом досягнення сексуального збудження й задоволення, слід говорити про істинну перверсію.

Порноманія близька до фетишизму та вуайєризму, проте чіткіше її можна схарактеризувати в конкретної людини, проаналізувавши об'єкт, із яким вона себе ідентифікує (глядачем, учасником сексуальних сцен). Важливою ознакою порнографоманії є створення порнографічної продукції, яка диктується не матеріальною зацікавленістю, а прагненням особистості до вираження своїх сексуальних фантазій, до втілення їх в уявному світі. У цьому випадку порнографоманію можна вважати літературною чи зображальною формою ексгібіціонізму.

**Завдання.**

1. Вкажіть критерії, на основі яких ставиться діагноз «Транссексуалізм»:

---

---

---

2. Дайте визначення Експібіціонізму: \_\_\_\_\_

---

---

---

3. Що таке Скопофілія? \_\_\_\_\_

---

---

---

4. Що таке Фетишизм? \_\_\_\_\_

---

---

---

5. Проведіть диференційну діагностику Трансвестизму та Транссексуалізму :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## **Тема № 5.**

### **Сексуальні розлади у чоловіків та жінок.**

#### **Клінічні форми сексуальних порушень у жінок**

##### **Фригідність (первинна).**

Практичний досвід показує, що найбільш частою формою сексуальних розладів у жінок є статева холодність - фригідність. Різноманітні причини виникнення первинної фригідності, а також особливості клінічної симптоматики і перебігу захворювання дозволяють виділити 5 її клінічних форм: паторефлекторну, дисрегуляторну, абстинентну, ретардаційну та конституційно-генетичну.

У певної кількості жінок статева холодність розвивається у зв'язку з патологічною фіксацією на першому невдалому статевому акті, що обумовлений внутрішнім гальмуванням. Причинами розвитку фригідності по цьому механізму є змушені статеві зносини з негативною емоційною установкою на партнера, страх перед дефлорацією, острах вагітності або зараження венеричними захворюваннями, установка на неповноцінність, невідповідність чоловіка ідеалу, непевненість у міцності сімейних відносин, неправильні психологічні установки у зв'язку з надмірною строгістю виховання й т.п.

##### **Псевдофригідність**

Серед жінок, які зверталися за лікувальною допомогою до лікаря-сексопатолога у зв'язку з статевою холодністю, досить часто зустрічаються особи, у яких при ретельному сексологічному обстеженні розлад статевої функції не спостерігається, але визначається неправильна оцінка й інтерпретація власних сексуальних можливостей. Позначені варіанти були названі нами псевдофригідністю.

Вивчення причин й умов, які привели до неправильних висновків жінок щодо власної сексуальної неповноцінності, дозволяє виділити наступні варіанти псевдофригідності:

Дисгармонійний варіант – це результат неправильних оціночних і поведінкових реакцій жінок у випадках невідповідності темпераментів (статевої активності) і діапазону прийнятності чоловіка й жінки, наявності в чоловіка статевої слабості, а також недоліків техніки статевого акту.

Дезінформаційний варіант псевдофригідності є наслідком неправильних оціночних і поведінкових реакцій жінок у зв'язку з помилковими уявленнями про норму і патологію сексуальної функції, що може призвести до пред'явлення собі неадекватних вимог або появи помилкових самооцінок.

### **Вагінізм**

Вагінізм — судомне скорочення м'язів піхви, тазового дна й стегон, яке робить неможливим проведення статевого акту.

Зазвичай він розвивається в жінок із такими рисами характеру, як емоційна нестійкість, тривожність, помисливість, образливість, підвищена самонавіюваність, страх болю. Частіше цей розлад виникає при нерішучій поведінці чоловіка й наявності в нього фемінінних рис характеру. В деяких випадках вагінізм розвивається за неусвідомлюваними механізмами — через небажання жити статевим життям із чоловіком або через страх викриття відсутності незайманості. Вагінізм може супроводжуватися больовими відчуттями при спробах імісії статевого члена внаслідок психогенного зниження еротичної готовності зі зменшенням утворення піхвового слизу та її відносною сухістю. Вагінізм може виникати й у разі утворення патологічного умовного рефлексу у зв'язку з вибірково-патогенною ситуацією. Він може бути проявом істеричного неврозу.

### **Психогенні геніталгії**

Психогенні геніталгії в більшості жінок виникають унаслідок патологічної фіксації хворобливих відчуттів при першому статевому акті, навіювання болісності дефлорації й фіксації на очікуванні болю, за відсутності готовності до статевого акту, lubricації, при грубості чи недосвідченості чоловіка, а також при насильницькому статевому акті. Вони можуть виникати і внаслідок неправильного статевого виховання.

Сприяють розвиткові психогенних геніталгій такі преморбідні риси характеру, як сенситивність, ранимість, схильність до впливу й самовпливу, до іпохондрії, а також вегетативна лабільність і низький поріг больової чутливості. Геніталгіями нерідко проявляється негативне ставлення до чоловіка, в цих випадках статевий акт стає неможливим, розвивається сексуальна аверсія й віргогамія.

### **Вторинна фригідність (симптоматична)**

До вторинної фригідності відносять випадки ангедонії, сексуальної анестезії й аноргазмії, які перебувають у причинно-наслідкових зв'язках з різними захворюваннями організму і є їхнім специфічним синдромом. До числа причинних захворювань, які приводять до вторинної фригідності, належать: неврози, психопатії, психози, органічні захворювання центральної і периферичної нервової системи, ендокринна патологія, урологічні, гінекологічні та інші соматичні захворювання.

Розвиток статевої холодності при органічних захворюваннях нервової системи може бути обумовлений патологічними змінами в ділянці головного і спинного мозку, а також периферичного відділу нервової системи. Порушення сексуальної функції при цьому виявляють залежність від характеру і топіки ураження нервової системи, які визначають виникнення:

- 1) змін чутливої й рухової функції;
- 2) розладів нервово-рефлекторної діяльності;
- 3) нейрогуморальних зрушень;
- 4) порушень психоемоційної сфери.

Саме по собі захворювання статевих органів жінок не завжди приводить до розладу сексуальної функції, але навіть незначні порушення діяльності статевих органів можуть супроводжуватися сексуальними розладами. Це в значній мірі залежить від стану нервової системи, від ступеня й форми конституційно-особистісної реакції хворих на соматичну патологію.

Відомо, що зловживання алкогольними напоями негативно впливає на сексуальну функцію жінок. При цьому дуже часто спостерігається

ослаблення статевого потягу і сексуальна гіпестезія, а також гіпо- і аноргазмії, які часто мають поєднаний характер. У багатьох жінок, які зловживають алкоголем, спостерігаються симптоми сексуальної дезадаптації і вегетативної нестійкості, які нагадують зміни в клімактеричному періоді. В основі розвитку статевої холодності при хронічному алкоголізмі лежить поєднане ураження переважно нейрогуморальної й психічної складових копулятивного циклу. Воно обумовлено інтоксикаційною енцефалопатією, що супроводжується як психічними порушеннями, так і розладами нейрогуморальної регуляції внутрішнього середовища організму.

При хронічному палінні може бути присутнім зниження сексуальної чутливості, що нерідко супроводжується притупленням оргазму.

### **Розлади сексуальної функції у чоловіків.**

#### **Первинні розлади чоловічої потенції**

##### **Імпотенція (первинна)**

Розлади чоловічої потенції, які проявляються первинно, характеризуються не тільки різницею причин їхнього розвитку й механізмів формування, але також й особливостями клінічних проявів.

##### **Паторефлекторна форма**

До зазначеної форми належать розлади потенції, обумовлені ситуаційними моментами, які призвели до невдалого статевого акту з його наступною патологічною фіксацією.

Її розвиток може бути обумовлений наступними п'ятьма групами причин й умов:

1) значною емоційною напругою, викликаною страхом бути виявленим навколишніми в непристойній ситуації або страхом зараження венеричними хворобами, загрозою розкриття, дефлорації, установкою на свою статево неповноцінність внаслідок перебільшення патогенності мастурбації, а також патологічною ідеалізацією чоловіком своєї дружини.

У подібних випадках зрив статевого акту можна пояснити фізіологічним механізмом “збивання” – зіштовхуванням двох процесів збудження й

гальмування: збудженням першої сигнальної системи і підкірки та гальмуванням, що походить з другої сигнальної системи;

2) неправильним проведенням попереднього періоду статевих зносин, що призводить до дисгармонії фізіологічної програми копулятивного циклу, і, зокрема, до гіпо- або анерекції внаслідок надзвичайного гальмування в результаті надмірного збудження статевих центрів через тривалі пестоші;

3) зовнішнім подразником значної сили (різким окриком, стукотом, лементом, пострілом), що приводить до зриву статевого акту по механізмам зовнішнього гальмування;

4) невідповідністю почуттів і сумачії подразників, що виникають під час статевого акту, зі звичайними відчуттями, зв'язаними до цього з мастурбацією, що може привести до ослаблення ерекції під час статевого акту і затримки або відсутності еякуляції у зв'язку з наявністю патологічного умовного рефлексу;

5) фізіологічними коливаннями статевої функції або її тимчасовим ослабленням у силу гіперфагітації.

#### Дисрегуляторна форма

Розлади потенції, що виникають внаслідок систематичного переривання статевих актів з метою запобігання вагітності, становлять дисрегуляторну форму первинного розладу потенції.

Клінічні прояви статевої слабкості при данній формі розладу потенції зводяться до поєданого зниження ерекції і передчасної еякуляції, а в деяких - і до притуплення оргазму. Порушень лібідо, як правило, не спостерігається.

У хворих з розглянутою формою розладу потенції присутня стрижнева форма ураження психічної складової копулятивного циклу. Вона обумовлена наявністю елементів тривожності, спрямованої на те, щоб не пропустити моменту сім'явиверження у зв'язку з острахом вагітності, тобто коркового "сторожового пункту", "домінуючого" у заключному етапі статевого акту.

Досить часто у хворих спостерігається пов'язаний із систематичним перериванням статевих актів хронічний простатит, що обумовлює і стрижневе ураження еякуляторної складової копулятивного циклу.

#### Абстинентна форма

Порушення потенції внаслідок тривалої змушеної помірності в осіб, які раніше жили регулярним статевим життям, у яких відпрацювався певний ритм статевого життя, становлять абстинентну форму первинного розладу потенції.

Розвиток зазначеної форми може бути обумовлений двома патологічними механізмами. Перший з них - порушення функціональних взаємин між передміхуровою залозою і насінниками, тому що відомо, що посилене усмоктування в кров секрету простати гнітить діяльність насінників, у той час як зменшення усмоктування секрету збуджує їхню функцію. У результаті помірності можуть виникати застійні явища в передміхуровій залозі. Другий патологічний механізм - детренованність статевої функції і вгасання умовних статевих рефлексів.

Разом з тим доводиться констатувати той факт, що тривала статеві помірність не завжди приводить до розладу чоловічої потенції. Це залежить не тільки від тривалості помірності й віку хворого, але й від типу статевої конституції.

У молодому віці порушення потенції розвивається тільки в осіб зі слабкою статевою конституцією, у літньому віці вони можуть виникати й в осіб із середньою і навіть сильною статевою конституцією. Воно спостерігається вже при мінімальних термінах порушення звичайного ритму активності. Перехід сексопатологічних проявів у другу стадію в літньому віці прискорений.

#### Конституційно-генетична форма

Зазначена форма первинного розладу потенції обумовлена конституційною неповноцінністю морфо-функціональних структур, які здійснюють нейрогуморальну регуляцію статевої функції, при повному

збереженні інших функцій центральної нервової системи, тобто функціональною неповноцінністю тієї системи, що є фізіологічною основою статевого інстинкту.

Знижена статевая активність й непридатність статевої функції при цій формі розладу потенції проявляються без певних причин із самого початку статевого життя. Клінічні прояви статевої слабкості при конституційно-генетичній формі первинного розладу потенції складаються зі слабкості лібідо і слабкості ерекції, а також млявості еякуляції і гіпооргазмії.

Статевий акт у досліджуваного контингенту хворих, як правило, має тривалий характер. Діапазон прийнятності в них вузький. Сексуальна сторона життя є мало значимою. Хворі в більшості випадків мало реагують на свою статеву непристосованість і, як правило, звертаються до лікаря за медичною допомогою на вимогу дружини.

### **Псевдоімпотенція**

Залежно від причин і умов формування виділяють два варіанти псевдоімпотенції - дисгармонічний і дезінформаційний. Перший з них є наслідком помилкових оцінок і дій чоловіків при невідповідності статевої активності і діапазону прийнятності в подружній парі, наявності у чоловіка і жінки статевої холодності або гіперсексуальності, а також при недоліках техніки статевих відносин. Другий варіант псевдоімпотенції може бути пов'язаний з неправильними уявленнями подружньої пари про норму й фізіологічні коливання сексуальної функції. До даного варіанта ставляться також випадки псевдоімпотенції, обумовлені неправильною оцінкою зміни своїх сексуальних проявів, які пов'язані із психічною або фізичною перевтомою (астенічний тип), гострою алкогольною інтоксикацією або впливом вжитих напередодні медикаментозних засобів.

Невірна інформація і помилкові інтерпретації можуть призводити до пред'явлення до себе надмірних вимог і виявлення в себе уявлюваних недоліків. Це в деяких випадках (особливо в осіб із тривожно-недовірливими рисами характеру) може призвести до виникнення психогенної ситуації, що

не тільки закріплює патологічну установку на сексуальну неповноцінність, але й може стати причиною неврастенічних порушень із наступною трансформацією псевдоімпотенції у вторинний розлад чоловічої потенції.

### **Вторинні розлади потенції у чоловіків.**

Дані спеціальної літератури і клінічний досвід свідчать про те, що різноманітні порушення сексуальної функції в чоловіків можуть бути обумовлені функціональними і органічними захворюваннями нервової системи, ендокринною, урологічною та іншою соматичною патологією.

Особливо варто зупинитися на впливі хронічної алкогольної інтоксикації на чоловічу потенцію, оскільки тенденція до зловживання алкоголем досить висока. Поряд з іншими негативними впливами на організм, хронічна алкоголізація має негативний вплив на чоловічу потенцію, що загально відомо. У чоловіків, що зловживають алкогольними напоями, спостерігається ослаблення статевого потягу, а також зниження адекватних ерекцій і гіпооргазмія. Що стосується еякуляції, то в подібних випадках спостерігається тенденція до затримки сім'явиверження навіть до анеякуляції. Зазначені порушення, звичайно, мають залежність від конституційних особливостей організму чоловіків. При порушеннях чоловічої потенції, обумовлених зловживанням алкоголем, спостерігається поєднане ураження нейрогуморальної, психічної й еякуляторної складових. Їхнє зниження перебуває в причинно-наслідковому зв'язку з алкогольною енцефалопатією, що характеризується як психічними розладами, так і порушенням нейрогуморальної регуляції внутрішніх процесів.

### **Завдання.**

1. Чим відрізняється фрігідність та псевдофрігідність: \_\_\_\_\_

---

---

---



---

---

2. Чинники вторинної фрігідності : \_\_\_\_\_

---

3. Що таке психогенні геніталгії та чому вони виникають? \_\_\_\_\_

---

---

---

6. Назвіть основні чинники виникнення первинної та вторинної імпотенції:

---

---

---

7. Форми первинної імпотенції : \_\_\_\_\_

---

---

---

## Тема № 6

### Сексуальне здоров'я, статева адаптація.

#### Лікування сексуальних розладів.

#### Безпліддя.

Щоб говорити про сексуальну адаптацію подружньої пари, треба згадати, що таке сексуальне здоров'я й сексуальна гармонія.

Сексуальне здоров'я - це не тільки відсутність якихось хворобливих змін в організмі людини, котрі можуть призводити до зниження сексуальної функції, - це інтегральний комплекс взаємодіючих компонентів сексуальності: біологічного (анатоμο-фізіологічного), соціального, психологічного, соціально-психологічного, які забезпечують сексуальну поведінку, складну систему сексуальних стосунків, що зумовлюють оптимальну сексуальну адаптацію до протилежної статі, сексуальну гармонію відповідно до норм соціальної й особистої моралі.

Під сексуальною гармонією подружньої (партнерської) пари ми розуміємо взаємну сексуально - поведінкову адаптацію, що характеризується рівнем сексуального потягу й сексуальної активності, що відповідають статевій конституції й темпераментові обох партнерів, відповідністю мотивації сексуальної поведінки й мотивів статевого акту кожного з них, що приводить до оптимальної сумачії еротичних відчуттів, оргазму та повного психосексуального задоволення. По суті сексуальна гармонія являє собою вміння адаптувати свою сексуальну поведінку до поведінки партнера, що можливе за рахунок компенсації навіть у тих випадках, коли якийсь із компонентів сексуального здоров'я ослаблений.

Тоді, виходячи з перерахованих вище визначень, ми розуміємо, що, сексуальна адаптація, у першу чергу, - це соціальна, психологічна, соціально-психологічна та анатоμο-фізіологічна взаємодія чоловіка та жінки: це вміння однієї людини пристосовувати свою сексуальну культуру, своє сексуальне виховання та свій сексуальний ідеал до таких же факторів іншої людини; це вміння особистості «об'єднувати» свої індивідуально - психологічні

відмінності з психологічними проявами іншої особистості, це вміння нести свою роль у сім'ї (відносинах), це також вміння адаптувати свою сексуальну поведінку до поведінки партнера відповідно до статевої конституції й темпераменту людини.

Діагностичну значимість має визначення рівня соціально-психологічної адаптації подружньої пари і особливостей їхніх міжособистісних відносин. О.Т. Філатов запропонував спеціальні таблиці для вивчення форм сумісності і характеру міжособистісних відносин чоловіка й жінки.

#### Форми сумісності чоловіка й жінки

##### I. Конституційно-біологічна сумісність:

- а) конституційна (зовнішність);
- б) фізіологічна;
- в) сексуальна.

##### II. Психологічна сумісність:

- а) характерологічна;
- б) інтелектуальна.

##### III. Соціальна сумісність:

- а) по інтересах;
- б) по спрямованості особистості;
- в) по індивідуальній свідомості.

#### Аксіологічний аспект сумісності подружньої пари

##### I. Загальні міжособистісні відносини, які залежать від:

- загальнолюдських якостей;
- особливостей статевого партнерства;
- рольових позицій у родині;
- матеріального забезпечення;
- соціального стану.

##### II. Міжособистісні відносини між чоловіком і жінкою, у яких немає дітей:

- а) оціночний аспект чоловіком дружини в якості жінки;
- дружини,

господарки,  
 робітниці,  
 суспільного діяча;

- б) оціночний аспект дружиною чоловіка, як хазяїна,  
 чоловіка,  
 працівника,  
 суспільного діяча.

### III. Міжособистісні відносини подружньої пари, у якої є діти:

- а) оціночний аспект чоловіком дружини в якості жінки;  
 дружини,  
 господарки,  
 робітниці,  
 суспільного діяча;

- б) оцінний аспект дружиною чоловіка, як хазяїна,  
 чоловіка,  
 працівника,  
 суспільного діяча.

### **Лікування сексуальних розладів.**

Психотерапевтичні заходи при лікуванні різних форм сексуальних розладів у чоловіків та жінок повинні спрямовуватися на корекцію їхніх конституційно-особистісних реакцій на існуючу сексуальну патологію, що найчастіше гіперактуалізується хворими у зв'язку з виникненням у них комплексу неповноцінності. Застосування психотерапії в таких випадках повинне носити характер не епізодичних заходів, а системи лікувальних впливів, початком яких вже є первинний огляд хворого. Ретельне клінічне обстеження хворого варто проводити за умови обов'язкового виконання правил деонтології й медичної етики. При цьому лікареві варто постійно пам'ятати про можливість ятрогенних впливів, які можуть поглибити клінічні прояви сексуальних розладів і ускладнити прогноз захворювання. Система психотерапії повинна носити характер безперервних лікувальних впливів на

особистість хворого, які на окремих етапах лікування реалізуються за допомогою різноманітних форм, способів і методик психотерапії.

### **Психотерапевтичні методи лікування.**

Наступним принципом психотерапії хворих із сексуальними розладами є виконання етапності, послідовності в її проведенні, щоб кожне лікувальне заняття було логічним продовженням попередніх і передумовами для наступного. Цим визначається не тільки найближча результативність, але й стійкість лікувального ефекту психотерапії.

Побудова діючої психотерапії при сексуальних розладах передбачає реалізацію трьох етапів:

Перший етап: формування здорових психологічних установок. Він передбачає проведення циклу психотерапевтичних бесід, спрямованих на усунення у хворих неправильних уявлень про норму і патологію статевої функції, песимістичних оцінок власної хвороби і перспектив, а також відповідних поведінкових тенденцій.

Другий етап психотерапії необхідно направляти на усунення невротичних реакцій, що представляють собою особистісну реакцію хворих на власну статеву неповноцінність.

Заключний етап психотерапії спрямований безпосередньо на відновлення і активізацію статевої функції.

Прийоми і методи психотерапевтичної корекції не повинні бути стандартними, їхні особливості залежать від варіантів сексуальної дисгармонії.

### **Профілактика сексуальної дисгармонії**

Способи попередження сексуальної дисгармонії подружньої пари, як і зміст, і спрямованість психотерапевтичної корекції, визначаються з аналізу причин й умов розвитку її окремих варіантів.

У практично здорових чоловіків і жінок спостерігаються фізіологічні коливання статевої функції, пов'язані із циклічністю фізіологічних процесів, віковими факторами і загальним станом організму. Неправильна

інтерпретація цих коливань і помилкові оціночні реакції, надзвичайні вимоги щодо самого себе, прийняття на себе уявлених пороків, що принижують чоловічу або жіночу гідність, негативне поводження іншого члена подружньої пари можуть створити основу для, так званої, псевдоімпотенції або псевдофригідності. Які надалі нерідко фіксуються у свідомості хворих і стають основою розвитку паторефлекторної форми первинного розладу потенції або фригідності, що є факторами розвитку сексуальної дисгармонії. Причиною цих розладів може бути також пряма або опосередкована ятрогенія внаслідок недостатньої компетентності медичних працівників, схильних до гіперболізації значення застійних і хронічних простатитів, які часто зустрічаються, а також недостатньої уваги щодо психічних факторів здійснення сексуальної функції і чоловіків, і жінок.

Правильне виховання молоді і популяризація основ здорового побуту, безумовно, стануть істотним фактором у профілактиці сексуальної дисгармонії в родині.

### **Безпліддя.**

Безпліддя - нездатність зрілого організму давати потомство.

Розділяють чоловіче та жіноче безпліддя. За даними досліджень 40% пар безплідні через захворювання жінок, 45% через захворювання чоловіків та 15% припадає на ймовірну несумісність партнерів.

#### **Чоловіче безпліддя:**

- 1) Обтураційне (сперматозоїди з якихось причин не можуть просуватися по протоках у повному своєму складі)
  - одностороннє
  - двостороннє

Причини обтураційного безпліддя : пухлина в придатку яєчка або кісти, які здавлюють цей канал, перенесений удар в пахову зону, який спричинив за собою спайку або рубець, грижа в паху та ін..

2) Секреторне (сперматозоїди в сім'яниках чоловіки не розвиваються, не формуються або утворюються з порушеннями.)

Причини секреторного безпліддя: застій крові, погане кровопостачання насінника, туберкульоз, паротит, крипторхізм, перенесені венеричні захворювання, тісний одяг, постійно підвищена температура в області паху.

3) Імунологічне (Імунологічні порушення процесу формування повноцінної плодовитої сперми і розвитку сперматозоїдів пов'язані з наявністю специфічних антитіл до статевих клітин)

Антиспермальні тіла бувають: спермоіммобілізуючи, спермоаглютинуючи, спермолізируючи.

Причини виникнення антиспермальних антитіл: запальні захворювання яєчка, придатка яєчка, сім'яних пухирців, передміхурової залози, хірургічні втручання і травматичні ушкодження, порушення кровообігу в чоловічих статевих органах, деякі вірусні інфекції, вплив на мошонку високих і низьких температур.

Лікування чоловічого безпліддя залежить від типу безпліддя та чинників його виникнення. В загальному лікування може бути викладено у декількох типах: хірургічне, препарати, що відновлюють хороший кровообіг в чоловічих статевих органах, покращують сперматогенез, гормональна стимуляція, усунення причини, пероральне введення ферментів, інсемінація та ін..

#### Жіноче безпліддя.

Первинне непліддя – це стан, при якому у жінки, яка живе статевим життям ніколи не відзначалася вагітність.

Вторинне непліддя – це непліддя, пов'язане з наявністю патологічних процесів в організмі.

Види з причин порушення:

- трубне безпліддя
- ендокринне (в т.ч. полікістоз)

- пов'язані з гінекологічними захворюваннями (ендометріоз, передчасний клімакс)
- імунологічне безпліддя
- психологічне безпліддя
- абсолютне генетичне
- ідіоматичне

Лікування жіночого безпліддя залежить від типу та чинників виникнення. Серед методів лікування визначають наступні: консервативні методи, хірургічні методи, ЕКО.

### Завдання.

1 Назвіть основні форми сумісності чоловіка й жінки: \_\_\_\_\_

---



---



---

2. Чому виникає імунологічне чоловіче безпліддя? \_\_\_\_\_

---



---



---

3. Що таке сексуальне здоров'я? \_\_\_\_\_

---



---



---

4. Чоловік 27 років, відчуває постійний високий сексуальний потяг не залежно від того, скільки статевих актів у добу він вже провів. У нього спостерігається бажання постійної зміни сексуальних партнерок. Є постійна улюблена жінка, яка відповідає його сексуальних потреб, але він не може себе зупинити і продовжує шукати все нові сексуальні контакти. Назвіть порушення:

А. Імпотенція



- Б. Порноманія
- В. Сатириазис
- Г. Екsgiбеціонізм

5. Олександр П., 35 років, отримує сексуальне збудження від контакту пеніса і одягненої жінки. Часто це відбувається в транспорті. Вдома він згадує випробувані відчуття, знову порушується і мастурбує. Назвіть сексуальне порушення.

- А. Сатириазис
- Б. Фротеризм
- В. Екsgiбціонізм
- Г. Скопофілія

## Тема № 7.

### Судова сексологія.

Сексуальний злочин (УК України) – це здійснення статевого акту насильницьким шляхом, за допомогою залякування або погроз, з використанням беспорядного стану жертви, розтлівающі дії з дітьми і підлітками, вбивство на сексуальному ґрунті.

#### Статеві контакти з неповнолітніми.

Відповідно до УК України, карається законом здійснення статевого акту з обличчям, що не досягло статевої зрілості (16 років). Як злочин розглядається і добровільне здійснення статевого акту в природній формі. Якщо потерпіла через малолітній вік, розумової відсталості або інших причин не розуміє характеру і наслідків вироблюваних з нею дій.

Відповідно до УК України злочином вважаються розпусні дії сексуального характеру, які можуть вироблятися у формі фізичних дій, – оголення статевих органів винного або потерпілої (потерпілого), здійснення статевого акту у присутності дітей і тому подібне, або у формі інтелектуального розбещення – цинічних розповідей на теми сексу, демонстрації порнографії і т.д.

Дослідження показують, що сексуальні злочини проти дітей найчастіше здійснюють підлітки, а також чоловіки середнього і літнього віку, самотні, консервативні, особливо у сфері сексу і неосвічені в цій області, часто надзвичайно релігійні моралісти. Звичайне спокушання здійснюють не сторонні люди, а друзі сім'ї, сусіди або знайомі жертви. Як правило, вони відчують себе соціально неадекватними, мають низьку самооцінку, часто страждають алкоголізмом, сексуальними розладами, з поганою емоційною адаптацією, що незрідка пережили самі сексуальні злочини в дитинстві. Більшість педофілів не наносять дітям фізичної шкоди у вигляді вагінального або анального статевого акту, але деякі з часом переходять до зґвалтування.

Запобігання сексуальному домаганню дітей можна сформулювати в наступних пунктах:

1. Діти повинні знати, що у них є право контролювати своє тіло і говорити «ні», якщо до них торкаються або заставляють робити те, що викликає фізичний або моральний дискомфорт.
2. Завжди говорити батькам, якщо з ними щось відбувається, якщо дії яких небудь людей викликають у них неприємні емоції, сором, незручність.
3. Ніколи не засуджувати сексуальні стосунки дорослих людей, оскільки це формує у дітей страх, який може перешкодити в загрозовій ситуації чинити опір. Необхідно знайомити дітей з формами потенційно небезпечної поведінки дорослих.
4. Необхідно пояснити дитині різницю між нормальними і не нормальними дотиками, які викликають дискомфорт або збентеження.
5. Необхідно пояснювати дитині, що «секретів» з іншими дорослими людьми, окрім батьків бути не повинно.
6. Необхідно розповісти дитині позитивні аспекти сексуальності людини, але з врахуванням того, коли вони повинні відбуватися і з ким.

### **Інцест**

Жертвами інцеста стають як дівчатка, так і хлопчики, але найчастіше це відбувається між батьком і дочкою. Дані дії з боку батька можуть бути серйозною емоційною травмою і мати тяжкі наслідки для дитини. Часто у жертв інцеста спостерігається низька самооцінка, відчуття провини, сорому, депресія, відчуження від інших людей, відсутність довіри до людей, зловживання алкоголем і наркотиками, серед них наголошується велика кількість суїцидів.

## **Згвалтування.**

Згвалтування – протизаконне злягання проти волі потерпілої із застосуванням фізичної сили, загрози або використання безпорадного стану потерпілою.

Безпосереднім виконавцем згвалтування може бути обличчя чоловічої або жіночої статі, що досягло 14-річного віку. Співвиконавцями цього злочину можуть бути і чоловіки і жінки.

Види згвалтування:

1. З метою здобуття сексуального задоволення. При цьому вигляді згвалтування чоловік застосовує силу в тій мірі, яка необхідна для досягнення цієї мети, і не більш. Якщо чоловік бачить, що для досягнення мети потрібні дуже великі зусилля він може припинити свої дії. Найчастіше здійснюється знайомими.
2. З метою вираження злості (гніву). Цей вигляд проходить з грубим фізичним нападом, викликаним відчуттям ненависті і злості. Мета цього згвалтування не сексуальне задоволення, а вираження люті, презирство до жінки. Характеризується застосуванням грубої фізичної сили, що значно перевершує необхідну. Чоловіки здійснюють ці дії, як помсту за приниження, відкидання жінками, мстять ним за моральні «страждання» з вини жінок. Найчастіше здійснюються незнайомими чоловіками і з нанесенням серйозних фізичних пошкоджень. Часто чоловіки піддають жінку приниженням – заставляють проробляти насильницький анальний статевий акт, минет, вводять в піхву або анус різні предмети. Чоловік навіть може під час цих дій не випробовувати збудження і ерекція може не наставати, він не отримує від згвалтування сексуального задоволення. Ці згвалтування відбуваються після

яких або психотравм, сварок з дружиною і проміжки між ними можуть складати місяці, роки.

3. Згвалтування з метою демонстрації влади. Тут сексуальне задоволення відходить на другий план. Головне для насильника – показати владу над жертвою. Такі чоловіки зазвичай не в змозі впоратися з життєвими труднощами. Вони не можуть добитися нічого в економічному, моральному, інтелектуальному плані. Вважають себе невдахами, морально уразливими, безпорадними. Часто сумніваються в своїх сексуальних здібностях. Згвалтування з цією метою є навмисними, такими, що повторюються. Мають тенденцію до почастішання. Чоловік прагне не нанести жінці фізичних пошкоджень, а прагне максимально показати свою владу над нею.
4. Садистичне згвалтування. Цей вигляд згвалтування завжди є заздалегідь спланованим і супроводиться ритуалами. Часто це скріплення і мука жертви, її приниження. Агресія і сексуальність тут нероздільними, агресія є еротичним переживанням.

#### **Судово-медична експертиза з приводу згвалтування.**

Завдання експертизи:

- встановити, що статеві зносини або спроба до нього дійсно мали місце;
- визначити, які заходи і засоби були застосовані для придушення волі і опору жінки;
- встановити характер і тягар наявних пошкоджень на телі або констатувати їх відсутність;
- встановити, яку шкоду заподіяли такою, що потерпіла насильницькі статеві зносини (зараження інфекціями, психічна травма і так далі)

При розслідуванні зґвалтування важливе значення має дослідження місця випадку. Досліджуються обставини випадку. Співвідносяться сили насильника і жертви, фізичний стан потерпілої. Експертиза дорослих жінок, ведучих регулярне статеве життя, є проблематичною. Вирішальне значення тоді мають тілесні ушкодження, їх кількість і характер. Всі пошкодження мають бути описані і сфотографовані. Зґвалтування дітей, підлітків і старих жінок незрідка спричиняє за собою обширні пошкодження в області статевих органів. Це можуть бути розриви промежини і піхви, його зведень, прямої кишки, рани на слизистій оболонці входу в піхві. У дітей це відбувається із-за недорозвинення статевих органів, а у старих жінок із-за атрофічних вікових змін. При зґвалтуванні діви виявляються розриви і надриви невинної пліви. Так само на досконалі статеві зносини вказує наявність сперми в піхві, причому необхідно визначити її групу для подальших експертних висновків.

У судовій практиці зустрічаються помилкові, необґрунтовані звинувачення в зґвалтуванні. Буває, що жінка сама наносить собі пошкодження в області статевих органів. Найчастіше це відбувається або із-за корисливих мотивів, або у психічно хворих жінок. При підозрінні на помилкове звинувачення необхідно вирішити питання про можливість і межі фізичного опору жінки. Вважається, що здорова, доросла, безсонна жінка може адекватно чинити опір одному чоловікові. Окрім фізичної дії мають бути враховані умови і обстановка зґвалтування: місце (ліс, пустир, ізольоване приміщення, під'їзд і так далі); час (ніч, коли ніхто не міг прийти на допомогу); несподіванка нападу, розгубленість жінки, біль і оглушення при падінні, випробовувані емоції (страх, сором, дія погроз).

При зґвалтуванні жінки, що знаходиться в безпорадному стані опору, природно, унеможлиблюється. Причини безпорадності можуть бути різними. Такими причинами можуть бути – непритомність від болю, шок від переляку, епілептичний припадок або напад якого-небудь захворювання, отруєння, фізична слабкість в час або після якої-небудь хвороби, фізичний недолік, стан сп'яніння.

### **Згвалтування із статевими збоченнями.**

До згвалтування із статевими збоченнями відносяться: педофілія, ефебофілія, геронтофілія, інцест, мазохізм, оральний і анальний насильницький статевий акт. При анальному статевому акті експертиза виявляє (не пізніше, ніж через 1-2 дні після згвалтування) на шкірі і слизистій оболонці заднепроходного отвору свіжі рани, що кровоточать, величиною 0,5 – 1 см і більш. При оральному половому акте особливо у дітей и подростков могут быть обнаружены надрывы спаек губ, отрыв уздечки языка, кровоподтеки в мягкое небо и язычок.

### **Наслідки згвалтування.**

Згвалтування завжди має не лише фізичні, але і психологічні наслідки для жертви. Жінки дуже важко емоційно переживають цей злочин. Існує так званий синдром травми згвалтування. Він протікає в дві фази.

- Перша (гостра) фаза починається відразу після згвалтування і може продовжуватися до декількох тижнів. Ця фаза може протікати у вигляді експресивної або стриманої реакції. Експресивна реакція виявляється в бурхливих емоційних проявах – сльози, істерики. Стримана реакція протікає у вигляді пригніченості, замкнутості, але потім може настати експресивна реакція. Часто у жінок в цій фазі спостерігається страх, сором, нервозність, відчуття провини і безсилля, безсоння, головний біль, нудота.
- Друга фаза (фаза тривалої реорганізації) може продовжуватися декілька років. Жінка часто уникає сексуальних стосунків, знервована, боїться повторення згвалтування. Так же можуть виникати коїтофобії, псевдофригідність, вагінізм. Так само можуть виникати коїтофобії, псевдофригідність, вагінізм.

Згвалтування у дітей та підлітків має дуже великі психічні, психологічні та соматичні наслідки. Якщо після згвалтування з дитиною не

проводити заняття з психологом, психіатром, не реабілітувати дитину психічно та соматично, це буде мати вкрай негативні наслідки на все життя.

### **Примушення жінки до статевого зв'язку.**

УК України передбачається примус жінки до статевого зв'язку особою, по відношенню до якої вона є матеріально або по службі залежною. Таким примусом є психічна дія на жінку з метою змусити її проти її бажання вступити в статевий зв'язок. Примус при цьому не носить загрози як при зґвалтуванні, винний користується залежністю від нього жінки.

### **Звпобігання зґвалтуванню.**

Запропонований ряд рекомендацій, які можуть допомогти жінці понизити шанси бути зґвалтованими.

1. Жінка не повинна афішувати, що живе одна.
2. Не відкривати двері незнайомим людям.
3. Якщо жінка, виявляється за ситуації, коли можлива зустріч з підозрілими незнайомцями, вона повинна всім своїм виглядом, поведінкою, мовою демонструвати упевненість в собі і те, що її не можна залякати.
4. Слід уникати темних, безлюдних місць.
5. Не зупинятися близько до незнайомих машин, що повільно їдуть.
6. Мати при собі свисток або інший шумовий предмет і застосовувати його при підозрінні на напад.
7. Якщо є можливість необхідно втікати.
8. Необхідно чинити опір фізично, кричати.
9. Зображення неадекватності поведінки (виск, блювота, зображення божевільною, спробувати розмовляти з насильником)
10. Спробувати домовитися.
11. Зустрічатися на побачення з незнайомим чоловіком в людному місці, висловлювати те, що жінка хоче і чого не хоче.
12. Уникати провокуючої поведінки в потенційно загрозливій ситуації.



## Порнографія.

Порнографія – це відображення сексуальної поведінки в літературі, зображеннях, скульптурах, фільмах і ін. з метою викликати сексуальне збудження. Кордон між порнографічними матеріалами, засуджуваними і приховуваними, і еротикою, прийнятність якої набагато ширша, є суб'єктивною, і відображає змінні з часом стандарти конкретного суспільства. Слово порнографія сталося від грецьких слів порні («блудниця», «повія») і графі («писати», «написати») і початково означало будь-яку роботу в літературі і мистецтві, що відображує життя повій. Часто розрізняють порнографію (тобто вульгарне відображення сексуальних тем) і еротичу (художнє відображення). Проте загальноприйнятого розмежування між цими поняттями немає. Таке розмежування залежить від розвитку культури, місцевих законів і традицій, релігії. Своім походженням термін зобов'язаний появі в XVIII столітті у Франції книги Ретіф де ла Бретонна «Порнограф, або Роздум порядної людини про дійсну аморальність проституції». У даній книзі розглядалися сфери життєдіяльності людини, що традиційно вважалися в суспільстві непристойними, зважаючи на що її назва стала прозивним поняттям непристойності, пов'язаної з сексуальністю. Не всяке зображення голої натури класифікується як порнографія.

Легким («м'яким», англ. soft) порно — називають такий вигляд порнографічної продукції, який не представляє детального зображення статевих органів. Кінофільми, відношені до класу легкого порно, як правило, містять більш менш осмислений сюжет, в якому статевий акт грає значну, але не завжди очолюючу роль. Виходячи з вищепереліченого, представляється скрутним відділення легкого порно від еротики. Як особливий вигляд легкого порно виділяються так звані «секс-фільми». Даний вигляд кінематографа приділяє сексуальним сценам велику частину картини. Проте статевий акт в таких картинах симулюється. Представлення ерегированного пеніса і відкритої вагини не відбувається.

Власне порно — вигляд порнографічної продукції, який представляє статевий акт без якої-небудь цензури з боку авторів. Сюжет порнофільмів, як правило, обмежується короткими вступами перед сексуальними сценами або відсутній взагалі. Досить частий показується еякуляція (або її імітація).

Важким, жорстким або «хард» (англ. hard-) порно, по Р. Ф. Келлі, називають фільми, основною відмінністю яких є «тривала демонстрація геніталій і людей, що виконують різні сексуальні дії». Крім того, до цієї категорії відносять фільми, в яких представлені такі сексуальні практики, як, наприклад, садомазохізм.

Порнографічні матеріали, як правило, заборонені до показу по центральному телебаченню. Існують, проте, платні кабельні канали з контингентом «для дорослих», перегляд яких дозволений лише особам старше 18 років.

#### Закони про порнографію в різних країнах

- Росія: заборонено незаконне виготовлення, поширення, рекламування порнографічних матеріалів і предметів; зважаючи на відсутність способів «законного» поширення таких матеріалів і предметів фактично виготовлення і поширення порнографії повністю заборонене.
- Бразилія: дозволена, чоловіки-актори обов'язково повинні використовувати презервативи, заборонений продаж особам молодше 18 років.
- Ізраїль: заборонена.
- Іран: заборонена.
- Україна: заборонено поширення, виготовлення, ввезення на Україну і зберігання з метою поширення, рекламування порнографічних матеріалів. Зворот, демонстрація і прокат матеріалів, що пропагують порнографію. Виготовлення, придбання і зберігання в особистих цілях (без мети поширення), а також використання в медичних цілях дозволене.

- Мексика: дозволена, заборонений продаж і показ особам молодше 18 років.
- Нова Зеландія: дозволена, заборонений продаж особам молодше 18 років.
- Іспанія: дозволена, заборонений продаж особам молодше 18 років. • Шрі-Ланка: заборонена.
- Туреччина: дозволена.

### **Проституція.**

Проституція – це надання сексуальних послуг за гроші. Дані послуги надають як жінки, так і чоловіки. Інколи залучаються підлітки і діти. Секс з повією забезпечує сексуальне задоволення, не вимагаючи інтимних стосунків або яких або зобов'язань, він дає можливість реалізувати види сексу, неприйнятні для партнера в звичайному житті.

Жінок повій можна розділити на декілька категорій.

- Вуличні повії (жінки з низів, мало одержуючі за свої послуги),
- Повії з борделів (менш уразливі для згвалтувань, захищеніші від групового згвалтування),
- Повії по виклику (найбільш оплачувані).

Чоловіки, що надають сексуальні послуги діляться на дві категорії. Ті, хто обслуговує жінок і ті, хто надає послуги чоловікам. В даний час поширено явище утримання за гроши.

### **Завдання.**

1. Що таке Інцест? \_\_\_\_\_

---

---

---

2. Зґвалтування – це \_\_\_\_\_

---

---

---

3. Категорії жінок-повій: \_\_\_\_\_

---

---

---

4. Що таке порнографія? \_\_\_\_\_

5. Чоловік 45 років завжди відчував статевий потяг до хлопців 13-17 років. Намагався вести гетеросексуальні стосунки і гомосексуальні відносини з особами іншого віку, але у нього не було до цього достатнього статевого потягу. Поступово припинив ці спроби і намагається знайти сексуальні контакти з хлопцями цього віку. Визначте вид сексуального порушення:

- А. Гомосексуалізм
- Б. Трансвестизм
- В. Транссексуальність
- Г. Ефебофілія

### Література:

1. Сексологія: навчальний посібник / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь, 2008.- 990 с.
2. Андрология / Тиктинский О. Л.. Учебное пособие. 1990.- 413 с.
- 3.Словарь: секс-справочник / Н.И. Бойко, В.Н. Виноградов. – К.: «XXI столетие: диалог культур», 2008. – 512 с.
4. Клиническая психология /Под ред.. Б.Д. Карвасарского/ – СПб: Питер, 2012. – 960 с.
5. Сексопатологія. Національний підручник ./ Під ред.. Є.В.Кришталь, Б.М. Ворник. 2012. – 925 с.
6. Основы современной сексологии: Учебное пособие / Келли Гэри / 2000. – 896 с.
7. Предмет та завдання медичної сексології. Історія становлення і розвитку медичної сексології. Сексуальне здоров'я. /Методичні вказівки /Георгієвська Н.В., Кришталь В.Є., ХНМУ, 2013, 10 с.
8. Становлення і формування сексуальності людини. Анатомо-фізіологічні основи сексуальності. Сексуальна гармонія. /Методичні вказівки / Кожина Г.М., Георгієвська Н.В., Кришталь В.Є., ХНМУ, 2013, 14 с.
9. Сексопатологія (чоловіків та жінок) /Методичні вказівки /Георгієвська Н.В., Кришталь В.Є., ХНМУ, 2013, 25 с.
10. Сексуальна адаптація та її рівні. Терапія та профілактика сексуальних розладів. /Методичні вказівки /Георгієвська Н.В., Кришталь В.Є., ХНМУ, 2013, 10 с.

Навчальне видання

Робочий зошит

для самостійної роботи студентів медичного факультету з курсу

«Основи сексології та сексопатології»

Упорядники: Кожина Ганна Михайлівна

Георгієвська Наталія Володимирівна

Лещина Ірина Володимирівна

Кришталь Валентин Євгенович

Відповідальний за випуск Г.М. Кожина

Комп'ютерний набір Н.В.Георгієвська

Комп'ютерна верстка Н.В.Георгієвська