



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Кафедра психології

**НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА  
«Сексологія та сексопатологія»**

**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», 4 «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. На приклад, 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 Епикур; 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. Зупинимось 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 мульти дисциплінарні методологічні позиції. Його досягненням стало подолання однобічного локалізаційнізму та

утвердження ідеї поліетіологічності сексуальних розладів, котрі, як показали роботи дослідників кінця XIX — початку XX 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 соціальнопсихологічних 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 б 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 (анатоμο-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 - статево 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. Парапубертатний 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 статево самосвідомість). Препубертатний період (7-13 років) характеризується виробленням статево-рольових установок, вивченням статево-рольового поведінки через гру, формуванням стереотипу статево-рольового поведінки. 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).

8 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. 10 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 статево 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 індивідуальнопсихологічних 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.

11 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) соціальнопсихологічні (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 анатомічнофізіологічними факторами й процесами (правильне функціонування кори головного мозку, підкоркових образів). Це динамічні особливості (темперамент), чотири типи замикальної діяльності кори головного мозку по Іванову-Смоленському. Це також правильне функціонування відділів спинного мозку, що відповідають за сексуальну функцію. Статева конституція є важливим фактором сексуального здоров'я. 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 поводження 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. 12 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 поводженням, 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 поводженням 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 поводження 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.

## **Семінар 1.**

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

1. Що таке медична сексологія?
2. Основні етапи формування сексуальності людини
3. Соціально-психологічний компонент запевнення сексуальності людини
4. Історичні етапи сексології
5. Перечисліть кретичні періоди сексуальності людини
6. Дайте визначення «Сексуальне здоров'я»



## **Лекція 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: нарастаючого збудження, плато, оргазму і спаду нервового збудження.

**Сексуальні реакції у жінок.** Перша фаза статевого акту – нарастаючого 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 15 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 наростаючого збудження здійснюється кровонаповнення кавернозних тіл, дилатація головки статевого члена 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 17 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 парацентральної ділянки 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 статеві належності. 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 анатомофізіологічних 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 18 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 (умовнофізіологічний 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).

## **Семінар 2.**

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

1. Вкажіть сексуальні фази у жінок (перелічіть. )
2. Вкажіть сексуальні фази у чоловіків (перелічіть.)
3. Перлічіть типи лібідо

### **Лекція № 3. Сексуальна гармонія та дисгармонія. Сексологічне обстеження. Составні частини сексуальної гармонії.**

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. 22 Також серед причин порушення подружньої гармонії служить недолік знань в області психогігієни 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 порівняння з іншими групами та виражений емоційний характер міжособистісних зв'язків. Виділяють три рівні згуртованості і сумісності: 1) характерів, темпераментів, комунікабельності; 2) функціонально-рольових очікувань; 23 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 статева задоволеність 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 бідній 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 гармонії

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;

25 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 пестоців. 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 пестоцях 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 пестоцях 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 пестоцях полюбляє “мистецтво”, “знання, які вище 26 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, захоплююче розповідає. У пестоцях жінки оцінює елемент її “віддачі”, слабкості, підлеглої захопленості, “розпізнавання” його бажань, потреб. Пестоці 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 пестоцях, 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 маскуліність (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 пестоці 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 27 Психологічна підготовленість до шлюбу, знання основ подружніх відносин, культура почуттів і спілкування, а також вірна проінформованість у питаннях психогігієни статевого життя, які становлять інформаційнооціночний 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. Статеві конституції – 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 28 розвитку в пренатальному періоді і під час раннього онтогенезу. Статеві конституції 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 29 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 30 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.