

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ СЕКСОЛОГІЇ

Методичні вказівки
до практичних занять з дисципліни
«Основи сексології та сексопатології»

Харків – 2023

Рецензенти:

Г. М. Кожина – завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, д. мед. н., професор;

О. С. Кочарян – завідувач кафедри психотерапії і психологічного консультування Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, д. псих. н., професор.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 8 від 16 травня 2023 року)*

3-14 **Загальні** питання сексології: методичні вказівки до практичних занять з дисципліни «Основи сексології та сексопатології» / укладачі М. В. Савіна, М. О. Антонович. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2023. – 40 с.

Методичні вказівки «Загальні питання сексології» для практичних занять з дисципліни «Основи сексології та сексопатології», змістовний модуль 1, охоплюють основні питання загальної сексології. Розглянуто фізіологічні основи сексуальності, особливості психосексуального розвитку людини, питання норми і патології в сексології, сексуального здоров'я та сексуальної гармонії.

УДК 613.88/.89(072)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2023

© Савіна М. В., Антонович М. О., уклад., 2023

© Дончик І. М., макет обкладинки, 2023

ЗМІСТ

Вступ	4
1. Предмет медичної сексології у структурі міждисциплінарних знань ...	5
2. Сексуальне здоров'я і сексуальна гармонія. Соціальні та культурні впливи на сексуальність людини	9
3. Психоаналітичні та психодинамічні погляди на процес формування сексуальності. Проблеми норми в клінічній сексології	15
4. Концепція сексуального онтогенезу та дизонтогенезу	17
5. Гігієна і психогігієна статевого життя. Поняття гармонії та дисгармонії подружньої пари, їх складові	19
6. Деонтологічні аспекти сексологічного прийому	29
Питання для самоконтролю	31
Тестові завдання для самостійної роботи	32
Література	38

ВСТУП

Медична сексологія охоплює низку проблем, пов'язаних із нормальними проявами сексуальності людини, а також загальні й окремі питання сексопатології.

На думку В. В. Кришталя і Б. Л. Гульмана (1997), до складу сексології входять нормальна сексологія, клінічна сексологія (сексопатологія) і судова сексологія. При цьому нормальна сексологія вивчає проблеми забезпечення біологічного, анатомо-фізіологічного, соціального, психологічного і соціально-психологічного забезпечення сексуального здоров'я людини, яке варто визначати не тільки як відсутність яких-небудь хворобливих змін у його організмі, що можуть приводити до зниження сексуальної функції, але як інтегральний комплекс взаємодіючих компонентів сексуальності.

Зростання уваги лікарів різних спеціальностей до питань медичної сексології обумовлене високою значимістю цієї проблеми як в аспекті медико-біологічної сторони здоров'я населення, так й у плані соціально-психологічного добробуту родини. Досить високий рівень загальної освіти населення, потужний потенціал сучасних засобів інформації обумовили зростання загальної й медичної культури суспільства і більш широку потребу у зверненні до медичних установ із приводу різних питань щодо інтимних відносин. Розлади сексуальної функції у чоловіків і жінок являють собою вид патології, що відносно часто зустрічається, і значимість якої для хворих очевидна.

Розробка й впровадження в практику охорони здоров'я ефективних методів профілактики й лікування сексуальних розладів у чоловіків і жінок – одне з найбільш актуальних завдань сучасної клінічної медицини.

Навчальна дисципліна «Основи сексології та сексопатології» базується на вивченні студентами основ сексології, сексопатології, сексуальних злочинів, лікуванні та профілактики сексуальних розладів, деонтології в спілкуванні з сексологічними пацієнтами та людьми, які пережили сексуальне насильство; знанні законів України щодо сексуального життя людини, зміни полу, а також на інтегруванні з іншими клінічними дисциплінами.

1. ПРЕДМЕТ МЕДИЧНОЇ СЕКСОЛОГІЇ У СТРУКТУРІ МІЖДИСЦИПЛІНАРНИХ ЗНАНЬ

Сексологія як наука. Структура сексології, її окремі розділи та їх відносини в системі сексологічних знань. Роль та місце сексологічних знань у системі медичної освіти.

Сучасна сексологія – область клінічної медицини, яка є системою міждисциплінарних наукових знань та практичної діяльності, що включає діагностичну, лікувальну, профілактичну роботу та організацію сексологічної допомоги. У ній можна виділити такі розділи: нормальна сексологія, клінічна сексологія (загальна та приватна), судова сексологія.

Предмет нормальної сексології – вивчення біологічного (анатомо-фізіологічного), соціального, психологічного та соціально-психологічного забезпечення сексуального здоров'я. Сексуальне здоров'я слід визначати не лише як відсутність будь-яких хворобливих змін в організмі людини, які можуть призводити до зниження сексуальної функції, але як інтегральний комплекс взаємодіючих компонентів сексуальності – біологічного (анатомо-фізіологічного), соціального, психологічного, соціального, що забезпечує можливість оптимальної сексуальної адаптації до протилежної статі, сексуальної гармонії відповідно до норм соціальної та особистої моралі. Взаємодія компонентів сексуальності породжує нові інтегральні якості, властиві кожному з компонентів окремо. У цій інтеграції проявляється єдність всіх компонентів сексуальності людини, її сутність.

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.

Завдання клінічної сексології (сексопатології) – вивчення всіх аспектів порушень та девіацій сексуального здоров'я, їх діагностика, лікування, профілактика. Клінічна сексологія включає два розділи: загальну сексопатологію і приватну сексопатологію.

Область загальної сексопатології – розробка теоретичних, методологічних аспектів порушення сексуальності людини, а також загальних принципів діагностики, лікування та профілактики; вивчення епідеміології, причин та умов розвитку порушень та девіацій сексуального здоров'я, їх проявів та перебігу, факторів ризику, основних закономірностей формування сексопатологічних симптомів та синдромів; розробка питань патогенезу та класифікації сексуальних розладів, загальних підходів до їх лікування та профілактики.

Предметом приватної сексопатології є окремі нозологічні форми порушення сексуального здоров'я та сексуальні девіації у чоловіків та жінок.

До первинних порушень сексуального здоров'я належать сексуальні розлади та девіації, що є самостійними формами патології, для яких характерна первинна специфічна сексологічна симптоматика. Це порушення диференціювання статі (інтерсексуальні стани), порушення статевої диференціації мозку (транссексуалізм) та первинні форми сексуальної дисфункції.

Необхідність виділення первинних сексуальних розладів та девіацій обумовлюється такими обставинами. По-перше, один патогенний фактор може негативно впливати на різні системи організму та рівні регуляції сексуальної функції, формуючи загальний патогенетичний механізм. По-друге, сексуальний розлад може бути самостійним, ізольованим, як, наприклад, коїтофобія, паторефлекторна форма сексуальної дисфункції та ін. Таким чином, первинні сексуальні розлади є самостійними нозоформами.

Вторинні форми порушення сексуального здоров'я є сексуальними розладами та девіаціями, які є симптомами (синдромами) соматичних або психічних захворювань. Сексуальна дисфункція при цьому може проявлятися як гіпосексуальністю, так і гіперсексуальністю.

Поділ порушень сексуального здоров'я на первинні та вторинні важливо для подальшого розвитку сексології. Існування сексопатології як клінічної дисципліни не викликає сумнівів, а отже, вона повинна включати власні нозоформи, якими є первинні сексуальні розлади, якщо прийняти концепцію вторинності сексуальних розладів, тобто визнати, що вони є лише симптомами та синдромами різних захворювань, то лікування та профілактика повинні бути спрямовані на ці захворювання, і тим самим сексологія опиниться у статусі симптоматологічної науки. Це зовсім неправомірно хоча б вже тому, що такий підхід виключає етіотропне та патогенетичне лікування, так само як і профілактику низки сексуальних розладів.

Судова сексологія – це галузь сексології, що вивчає сексуальну поведінку людини з погляду норм цивільного та кримінального права, а саме девіантну сексуальну поведінку, що призводить до скоєння протиправних діянь. У компетенцію судової сексології входить дослідження мотивування девіантної сексуальної поведінки, причин і механізмів скоєння сексуальних злочинів, судово-сексологічна експертиза з метою визначення осудності людини, тобто її здатності відповідати за скоєні діяння, а також обстеження жертв сексуальних злочинів. Одним із завдань судової сексології є розробка заходів профілактики сексуальної злочинності.

До завдань судової сексології входить також вивчення аспектів судово-сексологічної експертизи та правового становища осіб з порушеннями та девіаціями сексуальної поведінки, розробка системи медико-психологічної допомоги, методів реабілітації та профілактики.

Судова сексологія сформувалася на стику медичних (судової медицини, судової психіатрії, судового акушерства і гінекології, культурологічної та психологічної експертизи та ін.), правових та філософських наук. Судова сексологія невіддільна як від судової медичної, так і від загальної та приватної сексопатології, але має свої специфічні особливості.

Міждисциплінарний характер сексології визначає системний, інтегративний підхід до норм сексуальності, до діагностики, лікування та профілактики порушень сексуального здоров'я з урахуванням парного характеру сексуальної функції. Такий методологічний підхід дає можливість виявити роль негативних соціальних, психологічних, соціально-психологічних та біологічних факторів у генезі порушень і девіацій сексуального здоров'я та на цій основі розробити диференційовані ефективні методи їх діагностики, корекції, профілактики, а також психогігієни статевого життя. Системний підхід до вивчення сексуального здоров'я вимагає виділення системоутворюючих його якостей, на яких ґрунтується діагностика порушень сексуального здоров'я, що виходить із багатовимірності його забезпечення та парного характеру сексуальної функції.

З огляду на вищенаведене, можна визначити основні завдання сексології і сексопатології:

1. Викладення сучасних поглядів на стан сексуального здоров'я людини та вплив на нього різних соціальних, психологічних, біологічних, екологічних та інших факторів.

2. Вивчення та впровадження системи профілактичних заходів, спрямованих на запобігання виникнення і розвитку порушень та девіацій сексуального здоров'я.

3. Вивчення соціально-гігієнічних основ сексуальності людини.

4. Вивчення сучасних та перспективних методів лікування сексуальних розладів у загальній системі практики охорони здоров'я.

Історія становлення і розвитку 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, культи, пов'язані зі статевим актом та зі 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, культи); 2) період спостереження та донаукових досліджень – божества сексуального характеру (Гермафродит,

Адіта, Ра, Шива); вплив міфології на назву статевих органів (Афродіта, Кліторіс); імператори, лікарі, філософи (Солон; імператор Константин; Платон; Аристотель; Аристип і Епікур; Клавдій Гален; Анрі де Мондевіль (14 ст. – описав гігієну статевих органів жінок); Амбруаз Паре (16 ст. – підручник з акушерства)); 3) період досексологічних знань (19 ст.) (Джеймс Причард; фон Крафт-Ебінг; Альфред Біне; Паоло Монтегацца; Магнус Хиршфельд); 4) період сексологічних знань (Зигмунд Фрейд; Іван Блоху; Хэвлок Елліс; Л. Я. Якобзон, А. Кінсі; 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 найівно-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 горбка) має автоматично сприяти ліквідації сексуального порушення. Надалі, з розвитком експериментальної та клінічної ендокринології та впевненості у всесиллі статевих гормонів, сексуальну патологію стали пов'язувати в основному чи навіть цілком з 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 XIX – початку XX ст., 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 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 та 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 еклектизм 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, а також 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 і 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 7 про поведінкову терапію сексуальних розладів.

2. СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я І СЕКСУАЛЬНА ГАРМОНІЯ. СОЦІАЛЬНІ ТА КУЛЬТУРНІ ВПЛИВИ НА СЕКСУАЛЬНІСТЬ ЛЮДИНИ

Сексуальне здоров'я – це не тільки відсутність яких-небудь хворобливих змін в організмі людини, котрі можуть призводити до зниження сексуальної функції, це інтегральний комплекс взаємодіючих компонентів сексуальності (біологічного (анатоμο-фізіологічного), соціального, психоло-

гічного, 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.

На спеціальній нараді експертів ВООЗ 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.

Під *сексуальною гармонією* подружньої (партнерської) пари необхідно розуміти взаємну сексуально-поведінкову адаптацію, що характеризується рівнем сексуального потягу й сексуальною активністю, що відповідають статевій конституції й темпераментові обох партнерів, відповідністю мотивації сексуальної поведінки та мотивів статевого акту кожного з них, що приводить до оптимальної сумачії еротичних відчуттів, оргазму та повного психосексуального задоволення.

З огляду на це, сексуальна гармонія – поняття дещо вужче, ніж сексуальне здоров'я; по суті вона являє собою вміння адаптувати свою сексуальну поведінку до поведінки партнера, що можливо за рахунок компенсації навіть у тих випадках, коли якийсь із компонентів сексуального здоров'я ослаблений. Таким чином, сексуальна гармонія – умова необхідна, проте недостатня для досягнення сексуального здоров'я.

Як впливає з визначення, сексуальне здоров'я забезпечується чотирма чинниками: соціальним, психологічним, соціально-психологічним та біологічним.

Соціальне його забезпечення детермінується ставленням суспільства до сексу, сексуальною культурою, ступенем соціалізації сексуальності.

Соціалізація сексуальності виявляється в засвоєнні сексуальних та суспільних норм, у ступені сексуальної культури, зумовленої статевим вихованням та сексуальною просвітою, в сексуальному досвіді, виробленні настанов, у сексуальній потребі, кінетиці та позах статевого акту, прагненні до еротичної привабливості, виробленні особистого ставлення до сексуальності та ідеалу краси.

Психологічне забезпечення сексуального здоров'я визначається роллю індивідуально-психологічних відмінностей особистості в розвитку й виявленні сексуальності та психічних процесів (усвідомлюваних і не усвідомлюваних). Воно невіддільне від фізіологічного, проте має свої особливості й механізми.

Соціально-психологічне забезпечення сексуального здоров'я зумовлює парним характером сексуальної функції, формуванням соціальної малої

групи, тобто сім'ї чи партнерської пари, а також диференціацією чоловічих і жіночих соціальних ролей, стереотипів мужності і жіночності.

Біологічне забезпечення сексуальності детерміноване генетичними і анатомо-фізіологічними чинниками та процесами. Це генетично запрограмовані особливості, які передаються у спадок, пренатальний і постнатальний розвиток людини, правильне функціонування кори головного мозку, підкіркових утворень, підбугір'я, спинного мозку, периферичних нервів та рецепторів, стан ендокринної системи, зокрема оптимальний рівень гормонів під час їх утворення й транспортування у крові, правильне функціонування ферментативних систем, які забезпечують обмін речовин, правильне функціонування статевих органів.

Така багатокомпонентна регуляція сексуальності забезпечує оптимальну адаптацію статей та сексуальну гармонію.

Соціальне та психологічне забезпечення сексуального здоров'я починається на ранніх етапах психосексуального розвитку дитини, причому якщо у формуванні статевої самосвідомості основну роль відіграють біологічні чинники, то формування статево-рольової поведінки та психосексуальної орієнтації більшою мірою залежить від соціальних чинників, таких як статеве виховання та сексуальна просвіта. Під впливом останніх формуються первинні та вторинні сексуальні настанови людини, її ставлення до статевого життя і поведінка в конкретній ситуації. Як правило, це пов'язано з процесом соціалізації. На формування сексуальної поведінки чинить вплив також рівень культури почуттів, сексуальної культури, яка в свою чергу залежить від індивідуально-психологічних відмінностей особистості, котрі зумовлюють переробку здобутої інформації, ефективність процесу навчання, вироблення, реалізації, закріплення умовно-рефлекторних зв'язків і, врешті-решт, формування динамічного стереотипу сексуальної поведінки, котра оцінюється станом системоутворюючих характеристик сексуальності.

Сексуальна поведінка також являє собою інтегральний комплекс взаємодіючих компонентів сексуальності – анатомо-фізіологічного, соціального, психологічного та соціально-психологічного. Сексуальність людини виконує три функції: репродуктивну, гедонічну, комунікативну; і залежно від превалювання тієї чи іншої функції можна виділити різні типи ставлення до сексуальності. Сексуальність сучасної людини, як уже відзначалося, значною мірою звільнилася від біологічної заданості і багато в чому залежить від соціальних, психологічних та соціально-психологічних чинників.

Про надзвичайно складний характер і багатофакторне забезпечення сексуального здоров'я може дати уявлення схема, наведена на рис. 1.

Сексуальне здоров'я як комплекс взаємодіючих компонентів сексуальності – складна схема з багатомірним забезпеченням, вимагає системного підходу під час оцінки його стану, діагностики й корекції порушень.

Однією з перших системоутворюючих якостей сексуального здоров'я є статеве самосвідомість – усвідомлення статевої належності власної особистості й оточуючих. Вона детермінована передусім статевим диференціюванням мозку в пренатальний період, а потім впливом мікросоціального середовища. Друга системоутворююча якість – статево-рольова поведінка, тобто формування стереотипу (вибір) адекватної статевої ролі, що відповідає психофізіологічним і анатомічним ознакам дитини. Статево-рольова поведінка визначається в основному мікросоціальним середовищем. Психосексуальна орієнтація є третьою системоутворюючою ознакою – це спрямованість статевого потягу, зумовлена як біологічними чинниками, так і мікросоціальним середовищем.

Зазначені три системоутворюючі якості зумовлюють психосексуальний розвиток.

Наступні системоутворюючі якості: статевий потяг, сексуальна збуджуваність і активність.

До складу статевого потягу (платонічного, еротичного й сексуального лібідо) входять психологічний, нейрогуморальний та кірковий (умовно-рефлекторний) компоненти. Сексуальна збуджуваність – швидкість перебігу сексуальних реакцій – залежить від типу нервової системи, темпераменту, типу статевої конституції, ерогенності зовнішніх подразників, привабливості й регулярності статевого життя. Сексуальна активність вимірюється частотою статевих актів, сексуальних реакцій за певний проміжок часу.

Системоутворюючими якостями є, окрім перелічених, сексуальна настанова, потреба, сексуальна мотивація, еротика та психосексуальне задоволення.

Сексуальна настанова – готовність, схильність до певних сексуальних дій. Існують механоцентрична (фалоцентрична) настанова – настанова на техніку статевого акту; оргазмоцентрична – настанова на оргазм (після якого настає психосексуальне задоволення) та екстазоцентрична настанова – готовність до екстазу, до багаторазового переживання оргазму. Сексуальний екстаз – граничне вираження еротичного зв'язку між людьми, характеризується почуттям існування «поза собою», почуттям «єднання зі всесвітом». Еротикою називають переживання, пов'язані із сексуальністю.

Сексуальна потреба – стан індивіда, створюваний потребою в об'єктах, необхідних для його співіснування з особою іншої статі, правильного розвитку та функціонування; потреба визначає форми еротичної поведінки. Еротична поведінка (діапазон прийнятності, техніка статевого акту) – форми, способи вираження сексуальності, в основному зумовлені соціальними, психологічними та культурними чинниками.

Сексуальна мотивація – сексуальні спонукання, що виникають під впливом сукупності зовнішніх або внутрішніх умов, які викликають активність організму та визначають його спрямованість на задоволення сексу-

альної потреби. Це процес внутрішньої, психічної детермінації поведінки, який відбувається під впливом біофізіологічних, соціальних та психологічних чинників.

Системоутворюючими якостями слід вважати також ерекцію, еякуляцію та оргазм, характер і перебіг яких зумовлені анатомо-фізіологічними, психологічними, соціально-психологічними чинниками.

Сукупність і відповідність у партнерській парі всіх системоутворюючих ознак сексуальності забезпечує сексуальну гармонію. Рівень і вияв системоутворюючих якостей сексуальності залежить, як ми бачимо, не тільки від анатомо-фізіологічних чинників, але й багато в чому, а в деяких випадках і в основному, від соціокультурних та психологічних чинників – процесу соціалізації, навчання, психологічного забезпечення сексуальності.

Великий вплив на подружню гармонію відображається у класифікації *психологічних типів чоловіків і жінок*.

1. Жінка-мати. Прагне до опіки свого партнера, їй подобаються слабкі, болючі чоловіки, невдахи, вона прагне захистити їх, «підняти», підбадьорити, надихнути. Слабкість і нещастя чоловіка можуть бути сильними сексуальними подразниками. Навіть тривожність, емоційна нестійкість, примхливість можуть входити, як елементи, в очікувані ласки.

2. Жінка-жінка. Є два варіанти цього: а) агресивний тип; прагне боротися з партнером, спочатку у звичайному, потім у сексуальному спілкуванні, насмішувата, уїдлива, схильна до іронії, любить здобувати гору над чоловіком, у його ласках чекає покірності, навіть приниженості, деякої розгубленості; б) пасивно-підпорядкований тип; ідеал такої жінки – «сильний чоловік», вона хоче підкоритися, розчинитися в ньому, мріє про чоловіка, який «володіє нею», в його ласках надає перевагу агресивності, натиску, силі, аж до заподіяння болю.

3. Жінка-дочка. Її ідеал – чоловік значно старшого віку, сильний не так сексуально, як життєво, досвідчений; у його присутності вона хоче почуватися слабкою, маленькою; у ласках воліє «мистецтво», «знання, яке вище сили», схильна до психологічних збудливих впливів (мовленнєвих, музичних тощо).

Відповідні типи чоловіків:

1. Чоловік-батько. Літній, з великим сексуальним досвідом, з добре поставленим голосом, каже. У ласках жінки цінує елемент її «віддачі», слабкості, підлеглої захопленості, вгадування його бажань, потреб. Пестощі чоловіка значною мірою компенсують можливо вже невисокий сексуальний потенціал.

2. Чоловік-чоловік. Також два варіанти: а) агресивний, схильний до елементів «наси́льства», «оволодіння» у ласках, демонструє боротьбу, ласки його грубуваті, чуттєві, судження безапеляційні, іноді завдає біль; б) пасивно-підпорядкований – схильний ідеалізувати «сильну жінку»; у її речах, одязі любить символи цієї сили, авторитарність, деяку чоловікоподібність

(спортивний одяг, великі окуляри, чоловіча зачіска тощо); підкреслює свою припущеність, залежність, шукає наказів, навіть покарань, доган від жінки.

3. Чоловік-син. Несамостійний, підпорядкований, іноді невдалий, болючий, психічно та фізично інфантильний, залежний. Схильний до наслідування, може бути примхливим, манерним.

З перерахування психологічних типів неважко побачити, що поведінка чоловіка-батька та жінки-дочки багато в чому гармонійні, тобто очікуване відповідає запропонованому за формою та змістом. Те саме можна сказати про жінку-матір і чоловіка-сина, про жінку агресивного типу і чоловіка пасивно підпорядкованого і т. д.

Статева конституція є важливим фактором сексуального здоров'я. Визначення статевої конституції є дуже важливим з боку біологічного забезпечення сексуального здоров'я.

В ембріоні, який розвивається, гормони відіграють організуючу роль, яка найсильніше проявляється у диференціюванні статевого тракту (тестостерон) та центральної нервової системи (тироксин).

У гіпоталамусі утворюються біологічно активні речовини, які мають стимулюючу дію на секрецію тропних гормонів аденогіпофізу. Це релізінг гормони або «інгібуючі» гормони.

За принципом зворотного зв'язку гормони периферичних залоз діють на гіпофіз та гіпоталамус. Гормони гіпофізу, у свою чергу, надають затримуючу дію на гіпоталамус за рахунок периферичних гормонів, так й іншою дорогою, по короткому механізму зворотного зв'язку. Введення в організм великих доз периферичних гормонів викликає гальмування тропних гормонів. Так, введення великих доз естрогенів, викликаючи гальмування синтезу гонадотропін-релізінг-гормонів й, відповідно, гонадотропної функції гіпофізу, протидіє виділенню андрогенів, які сприяють прогресуванню раку предміхурової залози.

Роботою ендокринних залоз, які відповідають за функцію статевих органів, керує гіпоталамус. Гіпоталамус виробляє субстанцію, яка має назву гонадотропін-релізінг-гормон, яка регулює секрецію двох гормонів, що утворюються у гіпофізі, ці гормони керують роботою яєчників та яєчок. Перший з них – це лютеїнізуючий гормон, який стимулює створення тестостерону у клітинах Лейдіга, які знаходяться у яєчках. У жінок від цього гормону залежить овуляція – вихід яйцеклітини з яєчника. Другий гормон – це фолікулостимулюючий. Він здійснює відтворення сперматозоїдів у яєчках та сприяє підготовці яєчників до овуляції.

Відносини між подружжям багато в чому визначаються не лише їх психологічними типами, а й тією психологічною та емоційною налаштованістю, яку приніс у сім'ю кожен із них. І гармонія повсякденних відносин як необхідна частина подружньої інтимності є важливим компонентом сексуальної культури.

Статеву рольову поведінку накладає свій відбиток на характер спілкування подружжя. Але при цьому культура спілкування, ця істотна сторона сімейного життя, як сексуальна культура є частиною загальної культури людини. Її основа – вміння визнавати цінність особистості іншого, навіть усупереч розбіжності позицій та думок, виявляти доброзичливий інтерес до почуттів та думок партнера.

У психологічній літературі описані основні причини подружніх конфліктів: це нерозуміння подружжям індивідуальних особливостей одне одного; недотримання рівноправності між чоловіком та дружиною; неправильна організація домашньої праці сім'ї; невміння повноцінно і на спільне задоволення використовувати вільний час, який мають у своєму розпорядженні обоє; незнання умов та способів взаємного сексуального задоволення; вплив забобонів, заборон, що віджили, уявлень у сфері інтимних відносин між чоловіком та дружиною; відсутність відвертості та тактовності у сексуальних відносинах.

3. ПСИХОАНАЛІТИЧНІ ТА ПСИХОДИНАМІЧНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОЦЕС ФОРМУВАННЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ. ПРОБЛЕМИ НОРМИ В КЛІНІЧНІЙ СЕКСОЛОГІЇ

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, статево-рольову поведінку та сексуальну орієнтацію.

Психоаналітична теорія З. Фрейда визначає стадії психосексуального розвитку особистості на основі прояву лібідо (статевої енергії) та способу його задоволення. Невдоволене лібідо призводить до зупинки розвитку або фіксації певних рис особистості, які можуть бути непереборними або яскраво виявляються в процесі подальшого виховання. На оральній стадії (перший рік життя) лібідо задовольняється годуванням. На анальній стадії (1–3 роки) лібідо задовольняється у чуттєвій насолоді процесами виділення. На фалічній стадії (3–5 років) лібідо пов'язане з геніталіями та усвідомленням сексуальних відмінностей. Дитина відчуває сильний несвідомий потяг до батьків протилежної статі. Розвивається Едіпів комплекс у хлопчиків (суперництво з батьком) та комплекс Електри у дівчаток (суперництво з матір'ю). Латентна стадія (5–12 років) супроводжується зменшенням сексуального потягу лібідо, воно переноситься на засвоєння загальнолюдського досвіду у процесі навчання та соціалізації, на розвиток відносин із однолітками. На генітальній стадії (12–18 років) у підлітковий період знову з'являється лібідо, пов'язане із статевими органами. Формується

статева ідентичність, що прагне задовольнити свою потребу з протилежною статтю. Мета цього періоду – формування зрілої сексуальності, здатності любити іншу людину.

Психодинамічна теорія, як впливає з її назви, розглядає перш за все динаміку психічної діяльності.

Поглиблюючи поняття інстинкту, Зигмунд Фрейд висунув концепцію лібідо, сексуального потягу, поняття несвідомої психіки, або несвідомого, яке має ключове значення для розвитку та поведінки людини, незважаючи на те, що такі психічні процеси виключені зі свідомої сфери.

Відповідно до психодинамічної теорії, немовлята від народження мають потенціал сексуальної енергії – лібідо. У рамках психодинамічної теорії вважається, що можуть відбуватися різноманітні спотворення в процесі локалізації лібідо у різних частинах тіла. З погляду цієї теорії емоційні та психічні проблеми дорослої людини є наслідком тих чи інших ускладнень, що виникли на одній зі стадій психосексуального розвитку. У разі ідеального розвитку молодий чоловік або молода жінка знаходять здатність до близьких і повних любові гетеросексуальних відносин, що є здоровим способом задоволення сексуальних потреб і відповідає цілям репродукції.

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 умовно можна назвати такі вікові періоди становлення та динаміки сексуальності:

Пренатальний період (від моменту зачаття до моменту народження) – статеве диференціювання гонад, геніталій і структур мозку.

Парапубертатний I етап (1–7 років). 1 етап – Формування статевої самосвідомості:

1 фаза – вироблення установки – усвідомлення статевої приналежності;

2 фаза – навчання і закріплення установки – цікавість, спрямована на статеві ознаки, зокрема вивчення статевих органів.

Препубертатний II етап (7–13 років). 2 етап – формування стереотипу статево-рольової поведінки.

1 фаза – вироблення статево-рольових установок;

2 фаза – навчання статево-рольовій поведінці в іграх.

Пубертатний III етап (12–16 років). 3 етап – формування психосексуальних орієнтацій. Перша стадія – формування платонічного лібідо:

1 фаза виявляється в обожнюванні, платонічні мрії і фантазії;

2 фаза – виявляється в залицяннях, платонічне спілкування.

Друга стадія – формування еротичного лібідо:

1 фаза – еротичні фантазії;

2 фаза – еротичні ласки й ігри.

Перехідний період сексуальності (16–26 років). Третя стадія – формування сексуального лібідо:

1 фаза – сексуальні фантазії;

2 фаза – початок статевого життя, поєднання сексуальних ексцесів з періодами абстиненції і мастурбації.

Зріла сексуальність (26–55): формування завершене. Регулярне статеве життя, входження в смугу умовно-фізіологічного ритму статевого життя.

Інволюційний етап (51–70). Зниження статевої активності, ослаблення інтересу до сексуальної сфери в поєднанні регресом лібідо до рівня еротичної, а потім і платонічної стадії.

На кожному етапі психосексуального розвитку можливий вплив патогенних чинників, які можуть привести до відповідних порушень: зміни темпів і термінів психосексуального розвитку (ретардації і передчасного психосексуального розвитку), девіації психосексуального розвитку (порушення статевої самосвідомості, стереотипу статево-рольової поведінки, психосексуальної орієнтації). Існують певні критичні періоди сексуального розвитку – 6–32 тижні внутрішньоутробного життя; 2–4 роки, 7–8 років, 12–15 років, 16–24 роки, 51–60 років. Якщо на перших двох етапах відхилення сексуального розвитку може виникнути під впливом ендогенних патогенних чинників (наприклад, прийом гормонів матір'ю), то на 3–4 етапах діють чинники екзогенні, зокрема соціогенні (неправильне виховання, порушення внутрішньо-сімейних відносин та психогенні чинники).

Формування статевої самосвідомості більшою мірою детерміноване статевим диференціюванням мозку в пренатальному періоді, а в подальшому – індивідуальним розвитком і мікросоціальним середовищем. Для правильного протікання процесу статевого диференціювання мозку при формуванні у плоду чоловічої статі потрібні певна концентрація ембріонального андрогену, певний період і тривалість його дії, відсутність естрогену і відсутність екзогенних шкідливих дій, зокрема впливу фармакологічних засобів в пренатальний період.

4. КОНЦЕПЦІЯ СЕКСУАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ ТА ДИЗОНТОГЕНЕЗУ

Психосексуальний розвиток

Зараз можна вважати загальноприйнятою наступну концепцію психосексуального розвитку. У вітчизняній сексологічній літературі під психосексуальним розвитком розуміють формування статевої самосвідомості, статевої ролі і психосексуальної орієнтації, тобто формування сексуального потягу і поведінки (Г.С. Васильченко):

1. Формування статевої самосвідомості (1 рік – 7 років) відбувається під впливом мікросоціального середовища, але значною мірою де термі-

новано статевим диференціюванням мозку в пренатальному періоді. На цьому етапі формуються свідомість статевої приналежності власної особистості й оточуючих, упевненість в її безповоротності, після чого спроби змінити статеву самосвідомість дитини виявляються малоуспішними.

2. Формування стереотипу статево-рольової поведінки. На даному етапі (7–13 років) відбувається вибір статевої ролі, найбільш відповідної психофізіологічним особливостям дитини та ідеалам маскулінності або фемінності мікросоціального середовища. Він характеризується інтенсивною соціалізацією дитини, формуванням у нього колективної свідомості. Відбувається навчання спілкуванню з однолітками. Удосконалюються і диференціюються емоційні реакції, оформляється певний настрій, формується характер.

3. Формування психосексуальної орієнтації. Якщо перші два етапи протікають на відносно «спокійному» гормональному фоні, то на третьому етапі (12–16 років) починається і досягає максимуму функціонування ендокринної системи, зокрема статевих залоз. На основі індивідуальних особливостей темпераменту і характеру формується особистість.

Кожному етапу й стадії психосексуального розвитку властива фазність, що являє собою закономірність даного розвитку. Перша фаза включає: нагромадження інформації, що стосується розуміння факту існування статі, власної статевої ролі, статевої ролі навколишніх й особливостей полового поведінки в процесі міжособистісного спілкування. Друга фаза (навчання й закріплення) перших двох етапів психосексуального розвитку характеризується набуттям 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.

Згідно з дизонтогенетичною концепцією, порушення психосексуальних орієнтацій, парафілії – результат порушення онтогенезу з фіксацією сексуальних форм, властивих для більш ранніх етапів. Конкретний вид сексуальної поведінки залежить від періоду, в якому сталося порушення.

Можна виділити 5 основних груп сексуальних порушень у дітей і підлітків, що найчастіше зустрічаються в практиці лікаря: передчасний психосексуальний розвиток; підвищення сексуального потягу; патологія

статеврольової поведінки; порушення психосексуальної орієнтації; порушення статевої аутоідентифікації.

1. Передчасний психосексуальний розвиток є раннім становленням сексуальності, що випереджає середні вікові норми і статеве дозрівання.

2. Підвищення сексуального потягу характеризується гомо- чи гетеросексуальним фантазуванням і еротичними переживаннями. Підвищення сексуального потягу при порушеннях темпу статевого дозрівання майже завжди входить до структури складних психопатологічних синдромів, що включають порушення сну, виражені афективні розлади, підвищену дратівливість з реакціями у вигляді агресивних спалахів та бурхливих афективних розрядів.

3. Патологія статево-рольової поведінки. Сюди належать стійкі порушення становлення статевої приналежності індивіда в дитячому та підлітковому віці, що виражаються, головним чином, властивими протилежній статі проявами у поведінці при правильній статевій самосвідомості. Сутність патології статево-рольової поведінки – порушення статевої соціалізації в широкому сенсі слова.

4. Порушення психосексуальної орієнтації (статеві перверзії) є спотворення спрямованості статевого потягу та форм його реалізації. Поряд із підлітковим гомосексуалізмом до порушень психосексуальної орієнтації у дітей та підлітків належать садистична та мазохістична поведінка.

5. Порушення статевої аутоідентифікації (статевої самосвідомості). Виявляються різними варіантами транссексуалізму. Транссексуалізм – стійке усвідомлення своєї приналежності до протилежної статі, незважаючи на правильне (що відповідає генетичній статі) формування геніталій, гонад та вторинних статевих ознак.

5. ГІГІЄНА І ПСИХОГІГІЄНА СТАТЕВОГО ЖИТТЯ. ПОНЯТТЯ ГАРМОНІЇ ТА ДИСГАРМОНІЇ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ, ЇХ СКЛАДОВІ

Під терміном «гігієна» зазвичай розуміється вчення про здоров'я, науку про збереження та підтримку здоров'я, що є тим розділом профілактичної медицини, який займається вивченням впливу фізичних факторів зовнішнього середовища на здоров'я людини та розробляє заходи, що коригують середовище та сприяють попередженню виникнення хвороб і забезпечення здоров'я людини.

Психіка людини, форми людських відносин, насамперед в сучасному суспільстві, є настільки поліморфними, що для їх вивчення сформовано спеціальний розділ гігієни, який отримав назву психогігієни.

Психогігієною називають науку про забезпечення, збереження і підтримку психічного здоров'я, інакше кажучи, це система заходів, що

спрямовані на збереження і зміцнення психічного здоров'я людини. Психогігієна з часом її зародження була постійно і безпосередньо пов'язана з психопрофілактикою, попередженням виникнення, формуванням та розвитком психічних хвороб. Але, якщо психопрофілактика більше націлена на попередження виникнення конкретних психічних розладів, то основною задачею психогігієни є формування та підтримка психічного здоров'я.

Психогігієна пов'язана також з психотерапією, оскільки остання містить багато прийомів, методів лікування, психотерапевтичних підходів та способів корекції особистості, межових розладів, які так чи інакше виходять за межі норми та можуть призвести до формування патології.

Таким чином, тісно співіснуючи з психопрофілактикою та психотерапією, безпосередньо впливаючи з гігієни, психогігієна є самостійним розділом медичної науки зі своїми цілями, завданнями та прийомами дослідження.

У зв'язку з цим окреме виділення психогігієни статевого життя в самостійний розділ є не тільки виправданим, а й необхідним.

Психогігієна статевого життя та сім'ї (псих + грецьк. *hygieinos* – приносить здоров'я, цілющий), розділ гігієни та медичної психології, що розробляє правила і принципи взаємин чоловіка та жінки у дошлюбних та шлюбно-сімейних відносинах. Неоціненна її роль у гармонізації сексуальних відносин, попередження дисгармоній сексуальних, у профілактиці розладів сексуальних і збереження сексуального здоров'я.

Сексуальне здоров'я визначається експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) як комплекс соматичних, пізнавальних, емоційних і соціальних аспектів буття людини, які позитивно збагачують особистість, підвищують комунікабельність і здатність до любові. Воно передбачає також здатність насолоджуватися статевим життям і контролювати сексуальну поведінку відповідно до норм соціальної й особистої етики, свободу від страху, неадекватних уявлень про людську сексуальність та інших психологічних факторів, що спотворюють сексуальні реакції і стосунки.

Підґрунтям формування сексуального здоров'я є, насамперед, сексуальна культура, що створювалася і створюється в процесі розвитку людської цивілізації та є необхідною умовою її існування.

Ставлення суспільства до сексу, соціалізація сексуальності (релігія, звичаї, обряд, статеве виховання і сексуальна освіта), впливаючи на людину, формують ставлення особистості до сексу і сексуальної поведінки, тобто сексуальну культуру в цілому. Основні прояви сексуальної культури:

- ставлення до любові, значення для особистості співвідношення «душі і тіла»;
- сексуальна мораль, ставлення до норми і сексуальних девіацій;
- відношення до протилежної статі;
- психосексуальна орієнтація;

- рівень поінформованості, обізнаність у питаннях сексу;
- сексуальна установка;
- статево-рольова поведінка;
- сексуальна мотивація;
- мотив статевого акту;
- етичні та естетичні установки;
- психосексуальний тип чоловіка і жінки.

Зараз культуру статевого життя, сексуальну мораль визначає психогігієнічна доцільність і розуміння максимального забезпечення фізичного і духовного здоров'я, благополуччя і щастя людей. Це положення відображено в розробленій експертами Всесвітньої Організації Охорони здоров'я концепції здорової статевого життя, яка передбачає:

- здатність насолоджуватися статевим життям, мати дітей і контролювати свою поведінку відповідно до суспільної та особистої етики;
- свободу від страху, сорому, почуття провини і забобів, а також інших психологічних факторів, що пригнічують статеві реакції і заважають статевим відношенням;
- відсутність органічних розладів, хвороб та недоліків, що обмежують функції статі і репродуктивну функцію;
- зростання комунікабельності людини та її здатності до любові як кінцеве завдання формування сексуального здоров'я.

Відповідно основними завданнями психологічної профілактики як способу формування культури сексуального здоров'я є:

- недиригентне (неморалізаторське) інформування про систему сексуальних цінностей;
- ознайомлення з психологічними особливостями чоловічої та жіночої сексуальності;
- практичне засвоєння навичок психогігієни сексуального спілкування;
- ознайомлення з психологічними методиками і шляхами збагачення сексуального життя, секретами сексуального благополуччя;
- ознайомлення молоді з ознаками і симптомами найбільш поширених сексуальних розладів, сексуальної дисгармонією та шляхами їх подолання.

Невідповідність в подружжя кожного з цих проявів, що є критеріями сексуальної культури психологічного здоров'я, може призводити до розвитку соціокультурної форми сексуальної дезадаптації.

Стадії та складові копулятивного циклу

Дослідники сексуальності часто описують цикл сексуальної реакції людини, послуговуючись поняттям «копулятивний цикл», беручи за основу результати досліджень В.-Х. Мастерса та В. Джонсон.

Копулятивний (лат. *copulatio* – тісний зв'язок) **цикл** – весь комплекс проявів, які спостерігаються у людини в процесі інтимної близькості.

Іноді це поняття вживають як синонім поняття «статевий акт», однак воно є більш містким, оскільки охоплює низку важливих проявів, порушення яких унеможливорює здійснення статевого акту.

Копулятивний цикл чоловіка. Основні реакції, які виникають під час копулятивного циклу в організмі чоловіка, поділяють на *генітальні* (ерекція статевого члена, підтягування мошонки, підймання яєчок, збільшення їх у розмірах тощо) та *позагенітальні* (ерекція сосків, мимовільне скорочення деяких м'язів тулуба і кінцівок, зміна серцевого ритму і дихання, підвищення артеріального тиску тощо). Ці реакції спостерігаються упродовж усієї інтимної близькості, вони дуже різноманітні й охоплюють усі фізіологічні системи організму.

Закономірну послідовність розгортання копулятивного циклу із включенням усіх елементів, які забезпечують його фізіологічний перебіг, можна подати як процес, що має кілька стадій (рис. 1).



Рис. 1. Типова крива копулятивного циклу чоловіка

На фоні *стану попередньої нейрогуморальної готовності* в мозку чоловіка виникає *статевая домінанта* (лат. *dominans* — панівний) — усвідомлення статевого бажання, спрямованого на конкретний сексуальний об'єкт, формування поведінкової реакції на оволодіння ним. Для цього використовують мовний вплив, тактильне подразнення різних еrogenних зон. Так закінчується *психічна стадія копулятивного циклу*.

За відсутності перешкод для подальшого розгортання циклу на фоні нервового збудження виникає ерекція, яка відповідає за настання *ерекційної стадії*. Ерекцію використовують для інтромісії (введення члена в піхву) та виконання фрикцій, що означає початок *копулятивної (фрикційної) стадії*. На фоні фрикцій сильно підвищується сексуальне збудження, яке збігається за часом з виникненням еякуляції та настанням *еякуляторної стадії*. Потім нервові збудження спадає, що сигналізує про завершальну *рефрактерну стадію копулятивного циклу*. У більшості чоловіків зрілого віку ця стадія починається з *абсолютної статевої незбудливості*, під час якої ніщо не може викликати ерекцію. Після періоду спокою абсолютна статева незбудливість переходить у *відносну статева незбудливість*, за якою ерекція може наступити лише під впливом інтенсивної стимуляції.

За нормального копулятивного циклу зміна стадій є послідовною, а зв'язок між ними визначається за законом сумування подразників. Основним фізіологічним фактором, що визначає послідовність настання стадій, є висота порогів збудження центрів, що взаємодіють.

Копулятивний цикл жінки. У копулятивному циклі жінки також виокремлюють певні послідовні стадії (рис. 2). Після асиміляції факторів психічного порядку настає *психічна стадія*, діапазон якої сягає від усвідомлення бажання близькості до прийняття рішення про його здійснення.

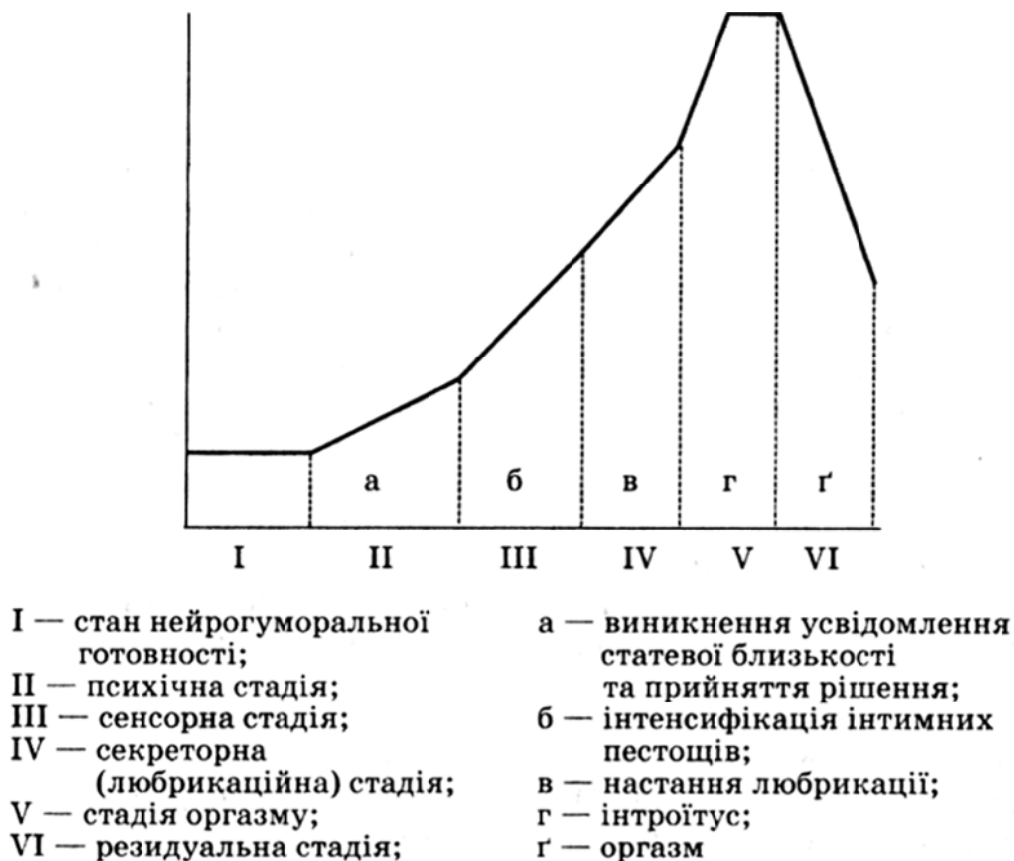


Рис. 2. Типова крива копулятивного циклу жінки

При цьому важливу роль відіграє ситуація, в якій перед жінкою постає питання про згоду на статеву близькість (наприклад, вона може погодитися на це зі своїм чоловіком-алкоголіком, якщо він тверезий, чисто одягнений, подарував їй квіти та зробив низку компліментів). За адекватної стимуляції формується позитивна домінанта. На початку статевого життя вона триваліша, ніж із появою сексуального досвіду. Жінки зі слабким або середнім темпераментом, більшість яких, під час попередньої любовної гри поводяться пасивно, мовчазно, сковані при звичайному зіткненні чоловічого і жіночого тіл. Приблизно 1 % жінок негативно ставиться навіть до поцілунків. Жінки із сильним темпераментом сильно збуджуються вже на початку любовної гри, практично в будь-який момент готові до статевого акту.

На *сенсорній стадії* підвищується чутливість еrogenних зон, виникає потреба в їхній стимуляції. Пестощі зовнішніх статевих органів сильно підвищують ступінь збудження. Ця стадія триває від остаточного прийняття рішення про інтимну близькість до появи генітальних реакцій.

Секреторна (лубрикаційна) стадія характеризується локальними генітальними змінами, які свідчать про готовність статевих шляхів жінки до інтроїтусу та фрикцій. Вона завершується формуванням оргастичної манжетки й «обтисканням» статевого члена. Лубрикація зберігається впродовж усього копулятивного циклу. Кількість слизової рідини значно збільшується у фазі оргазму, а при зниженні статевого збудження різко зменшується.

Кінцевий ефект сумації збудження полягає в настанні оргазму, який супроводжується характерними генітальними реакціями. *Стадія оргазму* завершується при цілковитій фізичній розрядці та задоволенні психосексуальних потреб. Іноді відбувається кілька хвилеподібних піднесенень і спадів збудження, які дають підстави стверджувати про мультиоргастичність (лат. *multum* – багато і *orgao* – палаю пристрастю) жінки. Значне підвищення оргастичності, перехід оргазму у хвилеподібний свідчать про залучення глибоких структур мозку жінки, що підтверджують електроенцефалограми.

Резидуальна стадія жіночого копулятивного циклу характеризується поступовим замиранням збудження та зворотним розвитком генітальних змін. Вона триваліша, ніж, у чоловіків, і може забезпечити повторне досягнення оргазму за відновлення еротичної стимуляції.

Більшість жінок сприймає статевий акт як кульмінаційний момент складних міжособистісних стосунків із чоловіком, фізичне і духовне злиття з ним, тому вони потребують завершальних пестощів, виявів ніжності, уваги та вдячності. Тільки за відповідного ставлення до себе чоловіка жінка відчувається задоволеною.

Основні відмінності чоловічого та жіночого копулятивних циклів. Деякі морфофункціональні комплекси копулятивного циклу у чоловіків і жінок мають однакову природу. Такою є нейрогуморальна складова,

пов'язана з діяльністю ендокринної системи і регуляторними центрами глибинних структур мозку, що забезпечує енергетичну складову сексуальності. Ідентичними є чоловіча і жіноча психічні складові, пов'язані з діяльністю кори головного мозку. Вони забезпечують адекватну спрямованість статевого потягу, вибірковість у задоволенні індивідуальних сексуальних потреб, відповідність сексуальної поведінки соціальним традиціям і нормам.

Інші складові копулятивного циклу у чоловіків і жінок суттєво відрізняються. Якщо для чоловіків характерні ерекційна й еякуляторна стадії, то у жінок є генітосегментарна складова, пов'язана з рецепторним, секреторним, нервово-м'язовим апаратами геніталій та цереброспинальними нервовими центрами. Вона безпосередньо забезпечує весь спектр сексуальних реакцій жінки.

Загальні нейрофізіологічні закономірності копулятивного циклу притаманні і чоловічій, і жіночій сексуальності, однак конкретні прояви жіночих сексуальних реакцій суттєво відрізняються від чоловічих:

- більшість сексуальних розладів жінки не заважає її інтимній близькості;
- жіноча сексуальність характеризується більшою індивідуалізацією сексуальних переживань і сексуальної поведінки;
- у багатьох жінок пробудження лібідо і виникнення оргазму не настають взагалі;
- якщо нормальне переживання юнаками оргазму завжди пов'язане з періодом статевого дозрівання, то в жінок виникнення оргазму іноді зміщується або на більш ранні періоди життя, або (частіше) на періоди після початку регулярного статевого життя;
- екстрагенітальні ерогенні зони у збудженні жінки відіграють значно більшу роль порівняно з чоловіком, іноді їх роль у процесі наростання збудження сильніша, ніж генітальних;
- формування статевої поведінки жінки пов'язане з оцінкою особистісних якостей сексуального партнера;
- сексуальне задоволення у жінки меншою мірою пов'язане з оргазмом, ніж у чоловіка;
- жіночий копулятивний цикл не має фінальної рефрактерної стадії.

Більшість особливостей жіночої сексуальності зумовлена жорсткістю її рекреаційних аспектів, підпорядкованістю їх прокреаційним (продовження роду), пов'язана із циклічним характером регуляції сексуальної функції, що обумовлює рівень збудливості відповідних структур.

Поняття сексуальної гармонії та дисгармонії подружньої пари, їх складові. 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 – недолік знань в області психогігієни статевого життя: вірних уявлень про норму та фізіологічні коливання сексуальної функції, про механізм задоволення статевих потреб, про правильну сексуальну поведінку, 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 внутрішньосімейних стосунків, 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 порівняно 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 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.

І. 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 відповідала ідеалам... Але любов не зруйнувалася: через часте повторення рефлексу, у якому психічним змістом є подання коханої з тими або іншими, або з усіма її якостями, образ її з’єднується з усіма рухами душі коханого, 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:

- гомеостабілізуючий тип – статева поведінка ґрунтується на створенні спокою і комфорту з таким розрахунком, щоб сексуальні питання не відволікали від виконання інших завдань, оцінюваних вище;

- ігровий тип – гармонійно поєднує в собі романтичні та сексуальні елементи, у статевий акт вносяться елементи гри, фантазії;

- шаблоно-регламентований тип установлює певний постійний стандарт статевих актів;

- генітальний тип – характерний для осіб зі зниженим інтелектом, які не бачать різниці між статевим потягом й ерекцією, вважаючи останню достатнім «приводом для дій».

Невідповідність типів сексуальної мотивації може виступати причиною виникнення 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 статевих актів, 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 статевих актів, 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 статевих актів, 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 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.

6. ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕКСОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ

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 призводить 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 являють собою особливий вид патології, резонанс якої охоплює всю особистість хворого з його фізіологічними, психологічними і соціальними особливостями, що формують складну систему взаємних зв'язків.

Порушення сексуальної функції є досить важливим психологічним фактором особистого життя подружжя, що може впливати на систему їхніх міжособистісних відносин.

Раціональна терапія розладів статевих функцій спричиняє, насамперед, установлення правильного діагнозу. Це поєднується з ретельним вивченням анамнезу захворювання, спеціальним і клінічним обстеженням чоловіка

і жінки. При вивченні причин і умов сексуальних розладів доводиться розглядати найбільш інтимні сторони особистого життя і таємниці, які часто приховуються від оточення.

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 поведінням, 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.

Призначаючи лікування, у якому важливу роль відіграє психотерапевтичний вплив, необхідно враховувати особистісні якості хворих, їхній вік, темперамент, характер інтересів і рівень соціально-психологічної адаптації в родині. Лікар повинен виявити більший такт і делікатність під час спілкування, бути уважним, чуйним, проявляти необхідну пластичність мислення. Ці умови значною мірою визначають авторитет лікаря і можливість установа-лення із хворим емоційного контакту. Поводження лікаря повинне бути розумно впевненим, його поради і рекомендації – логічними і науково аргументованими.

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 поведінням 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 поведіння медичного персоналу, коли, не замислюючись над можливістю психогенії, лікарі видають на руки хворим медичні висновки або направлення на різноманітні обстеження і консультації із вказівкою попереднього діагнозу сексуального розладу.

Великі труднощі в рішенні існуючих протиріч у сексологічній практиці заглиблюються особистісними поглядами і нормативними моделями самого сексолога, а також ступенем його конформізму стосовно тиску «суспільної думки». Багато протиріч етичного порядку виникає при використанні нових діагностичних і терапевтичних методів. Характер, можливості і обсяг допомоги пацієнтові є результатом завжди нового вибору між медичною моделлю мислення і необхідністю збереження традиційних

етичних норм, які в конкретному випадку виявляються спрямованими проти людини і лише поглиблюють її страждання. Етичні труднощі, обумовлені також і особистістю самого лікаря-сексопатолога, його світоглядом, рівнем етичного розвитку, ієрархією цінностей, життєвим досвідом та, насамперед, ступенем гуманності і неформальності його підходу до людини, що звернувся до нього по допомогу.

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.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Предмет медичної сексології та сексопатології в структурі між-дисциплінарних знань.
2. Структура та організаційні принципи сексопатологічної та андрологічної служби в Україні. Історія та сучасний період сексології.
3. Основні етапи формування сексуальності. Порушення формування сексуальності як причина статевих розладів та девіацій.
4. Соціальне забезпечення сексуальності. Роль морально-етичних та естетичних факторів у шлюбній гармонії. Роль сексуальної освіти в забезпеченні сексуального здоров'я.
5. Психологічне забезпечення сексуальності. Характеристика особистості та її зв'язок із сексуальністю.
6. Соціально-психологічне забезпечення сексуальності. Характеристика міжособистісних відношень подружжя.
7. Біологічне забезпечення сексуальності. Основи генетики, успадкування, диференціації статі.
8. Основні ендокринні процеси в організмі і гормональне забезпечення статевої функції.
9. Анатомія та фізіологія статевих органів чоловіка.
10. Анатомія та фізіологія статевих органів жінки.
11. Роль біоритмів в регуляції сексуальної функції.
12. Сексуальне здоров'я та сексуальна гармонія.
13. Розвиток сексуальності людини.
14. Поняття про сексуальну норму.
15. Психофізіологічні характеристики сексуальності чоловіка та жінки.
16. Статевий акт. Попередній та заключний періоди статевого акту.
17. Гігієна та психогігієна статевого життя. Гігієна тіла та сексуально-еротичних контактів. Психогігієна шлюбу.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

1. Який із перелічених критеріїв оцінює оптимальну біологічну норму сексуальності?

- A. Відсутність ознак, що свідчать про порушення соматополового розвитку.
- B. Наявність взаємного бажання сексуального контакту.
- C. Наявність взаємного почуття кохання.
- D. Високий рівень сексуальної адаптації.
- E. Відповідність типів сексуальної мотивації.

2. Який із перелічених критеріїв оцінює оптимальну біологічну норму сексуальності?

- A. Відповідність сексуальної поведінки особистій і суспільної моралі.
- B. Правильна поінформованість у питаннях психогігієни статевого життя.
- C. Відсутність захворювань, що можуть послабити сексуальну функцію.
- D. Відповідність домінуючих мотивацій чоловіка та жінки.
- E. Відповідність статевої поведінки чоловіка та жінки.

3. Концепція здорового статевого життя за даними експертів ВООЗ включає у себе:

- A. Здатність насолоджуватись статевим життям, мати дітей і контролювати свою поведінку відповідно до суспільної та особистої етики.
- B. Свободу від страху, сорому, почуття провини і забобів, а також інших психологічних чинників, що придушують статеві реакції і заважають статевим стосункам.
- C. Відсутність органічних розладів, хвороб і недоліків, що обмежують сексуальні і репродуктивні функції.
- D. Безладні статеві стосунки.

4. Згідно з визначенням, здоров'я людини передбачає (вказіть вірну й найбільш повну відповідь):

- A. Виключно відсутність яких-небудь захворювань.
- B. Виключно відсутність фізичних дефектів.
- C. Стан повного соціально-біологічного і психічного благополуччя.

5. Який з перелічених критеріїв оцінює оптимальну біологічну (анатоμο-фізіологічну) норму сексуальності?

- A. Правильна диференціація статі.
- B. Психологічна підготовленість до шлюбу.

- C. Відсутність помилкової оцінки своїх сексуальних проявів.
 - D. Наявність рис характеру, що викликають негативне відношення сексуального партнера.
 - E. Відповідність типів сексуальної мотивації чоловіка та жінки.
6. Який з перелічених критеріїв оцінює оптимальну біологічну норму сексуальності?
- A. Правильне статеве диференціювання мозку.
 - B. Відповідність сексуальних настанов чоловіка та жінки.
 - C. Відповідність сексуальної поведінки.
 - D. Високий рівень психологічної адаптації.
 - E. Відповідність статевої конституції чоловіка та жінки.
7. Який із перелічених критеріїв оцінює оптимальну соціальну норму сексуальності?
- A. Правильні сексуальні дії.
 - B. Відповідність етнічних особливостей сексуальності чоловіка та жінки.
 - C. Відсутність ознак, що свідчать про порушення психосексуального розвитку.
 - D. Відсутність ознак, що свідчать про порушення соматостатевого розвитку.
 - E. Відсутність захворювань, що можуть послабити сексуальну функцію.
8. Який з перелічених критеріїв оцінює оптимальну соціальну норму сексуальності?
- A. Відповідність індивідуальної сексуальної поведінки визнаним суспільним нормам і формам сексуальної поведінки.
 - B. Наявність взаємного бажання сексуального контакту.
 - C. Відповідність сексуальних настанов.
 - D. Відповідність сексуальної поведінки чоловіка та жінки.
 - E. Відповідність типів сексуальної мотивації.
9. Який з перелічених критеріїв оцінює оптимальну соціальну норму сексуальності?
- A. Високий рівень психологічної адаптації.
 - B. Наявність глибоких емоційних зв'язків.
 - C. Відповідність рольових позицій.
 - D. Відповідність сексуальної поведінки особистій і суспільній моралі.
 - E. Відповідність типів характеру чоловіка та жінки.

10. Який із перелічених критеріїв оцінює оптимальну соціальну норму сексуальності?

А. Правильна і достатня інформованість у питаннях психогігієни статевого життя.

В. Наявність у чоловіка та жінки взаємодопонюючих рис характеру.

С. Відповідність типів характеру чоловіка та жінки.

Д. Наявність взаємного бажання сексуального контакту.

Е. Відповідність типів сексуальної мотивації чоловіка та жінки.

11. Який з перелічених критеріїв оцінює оптимальну психологічну норму сексуальності?

А. Наявність взаємного почуття кохання.

В. Відсутність сексуальних комплексів.

С. Забезпечення в інтимних відношеннях оптимального міжособового контакту.

Д. Відповідність рольових позицій чоловіка та жінки.

Е. Відповідність рівня претензій і самооцінки чоловіка та жінки.

12. Який з перелічених критеріїв оцінює оптимальну психологічну норму сексуальності?

А. Відсутність у чоловіка чи жінки рис характеру, які обумовлюють негативне відношення один до одного.

В. Відповідність поінформованості подружжя у питаннях фізіології і психології статевої функції.

С. Відсутність ознак, що свідчать про порушення соматостатевого розвитку.

Д. Відсутність ознак, що свідчать про порушення психосексуального розвитку.

Е. Правильні сексуальні дії і поведінка, що не приводять до розвитку захворювання.

13. Який із перелічених критеріїв оцінює оптимальну соціально-психологічну норму сексуальності?

А. Наявність взаємного кохання, глибоких емоційних зв'язків.

В. Наявність взаємного бажання сексуального контакту.

С. Високий рівень психологічної адаптації.

Д. Наявність сексуальної поведінки, що сприяє правильному прояву особистості.

Е. Відсутність ознак, що свідчать про порушення психосексуального розвитку.

14. Який із перелічених критеріїв оцінює оптимальну соціально-психологічну норму сексуальності?

А. Відповідність індивідуальної сексуальної поведінки визнаним суспільним нормам.

В. Відповідність сексуальної поведінки особистій і суспільній моралі.

С. Забезпечення в інтимних стосунках оптимального міжособового контакту.

Д. Високий рівень психологічної адаптації.

Е. Правильна інформованість у питаннях психогігієни статевого життя.

15. Який з перелічених критеріїв оцінює оптимальну соціально-психологічну норму сексуальності?

А. Відповідність рольових позицій подружжя, ціннісних орієнтацій, мотивацій, які домінують.

В. Відповідність домінуючих мотивацій чоловіка та жінки.

С. Відсутність рис характеру, які викликають в іншого партнера негативне ставлення.

Д. Наявність у подружжя взаємодоповнюючих рис характеру.

Е. Правильна поінформованість у питаннях психогігієни статевого життя.

16. Який із перелічених критеріїв оцінює стан сексуально-еротичної складової сексуально-поведінкового компонента?

А. Наявність почуття кохання один до одного.

В. Наявність взаємної прийнятності дій у попередньому періоді статевому акту, спрямованих на сексуальне збудження і його посилення.

С. Правильна статево-рольова поведінка.

Д. Правильна психосексуальна орієнтація.

Е. Відповідність сексуальної мотивації.

17. Який із перелічених критеріїв оцінює стан сексуально-еротичної складової сексуально-поведінкового компонента?

А. Взаємна прийнятність способу реалізації статевих відношень і його відповідність варіанту, що найбільш посилює сексуальне збудження.

В. Відповідність типів статевої конституції партнерів.

С. Правильна статеві самосвідомість.

Д. Наявність правильних уявлень про сексуальні прояви і норму статевого життя.

Е. Всі відповіді вірні.

18. Який із перелічених критеріїв оцінює стан сексуально-еротичної складової сексуально-поведінкового компонента?

- А. Наявність дій, що оптимізують заключний період інтимної близькості.
- В. Відповідність сексуальної мотивації.
- С. Правильна інформованість про фізіологічні коливання і патологію статевого життя.
- Д. Наявність почуття кохання друг до друга.

19. Який з перелічених критеріїв оцінює стан сексуально-еротичної складової сексуально-поведінкового компонента?

- А. Правильна статево-рольова поведінка.
- В. Правильна психосексуальна орієнтація.
- С. Відсутність симптомів, що свідчать про порушення копулятивного циклу.
- Д. Відповідність сексуальної поведінки партнерів очікуваній формі.
- Е. Відповідність рівня статевого потягу чоловіка та жінки.

20. Який з перелічених критеріїв оцінює стан складової психосексуального розвитку сексуально-поведінкового компонента?

- А. Відповідність сексуальної поведінки кожного з партнерів очікуваній формі.
- В. Правильна статево-рольова поведінка.
- С. Правильні уявлення про сексуальні прояви в нормі і патології.
- Д. Відповідність статевої конституції партнерів.
- Е. Всі відповіді вірні.

21. Який з перелічених критеріїв оцінює стан складової психосексуального розвитку сексуально-поведінкового компонента?

- А. Правильна статевая самосвідомість.
- В. Взаємна прийнятність способу реалізації статевих відношень.
- С. Відповідність сексуальної мотивації.
- Д. Наявність почуття любові один до одного.
- Е. Правильна поінформованість про фізіологічні коливання і патологію статевого життя.

22. Який з перелічених критеріїв оцінює стан складової психосексуального розвитку сексуально-поведінкового компонента?

- А. Наявність правильних уявлень про сексуальні прояви і норму статевого життя.
- В. Відповідність темпераменту і типу ВНД партнерів.
- С. Правильна психосексуальна орієнтація.

- D. Правильна сімейно-рольова поведінка.
- E. Відповідність статевої конституції чоловіка і жінки.

23. Хто з названих авторів розробив міждисциплінарний системний підхід до вивчення сексуального здоров'я і сексуальної гармонії?

- A. І. Ф. Юнда.
- B. І. М. Порудоминський.
- C. В. В. Кришталь.
- D. С. С. Лібіх.
- E. Г. С. Кочарян.

24. Хто з названих авторів розробив метод структурного аналізу сексуальних розладів?

- A. І. Ф. Юнда.
- B. І. М. Порудоминський.
- C. С. С. Лібіх.
- D. Г. С. Васильченко.
- E. В. Мастерс, В. Джонсон.

25. Які особливості сексуальної поведінки притаманні істероїдному типу акцентуації характеру?

- A. Ранній початок статевого життя.
- B. Сексуальна агресія.
- C. Демонстрація сексуальних переживань.
- D. Показна байдужність до проблем статі.

26. Які особливості сексуальності притаманні гіпертимному типу акцентуації характеру?

- A. Показна байдужність до проблем статі.
- B. Переживання сексуальної неповноцінності.
- C. Егоцентризм.
- D. Сексуальна агресія.
- E. Раннє пробудження сексуального потягу і ранній початок статевого життя.

27. Які особливості сексуальності притаманні психастенічному типу акцентуації характеру?

- A. Ранній початок статевого життя.
- B. Труднощі в реалізації сексуального потягу, переживання сексуальної неповноцінності.
- C. Демонстрація сексуальних переживань.
- D. Сексуальна агресія.

28. Які особливості сексуальної поведінки притаманні астеноневротичному типу акцентуації характеру?

А. Сексуальна активність обмежується короткими спалахами, що швидко виснажуються.

В. Байдужність до проблем статі.

С. Переживання сексуальної неповноцінності.

29. Що таке психогігієна?

А. Дисципліна, метою якої є попередження нервнопсихічних захворювань.

В. Дисципліна, що вивчає вплив захворювань на психіку людини.

С. Дисципліна, що вивчає закономірності розвитку і функціонування психіки.

Д. Дисципліна, що має своєю метою зберігання і зміцнення психічного здоров'я людини.

ЛІТЕРАТУРА

1. 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.

2. Сексопатологія (сексологія): підручник (ВНЗ IV р. а.) / Є. В. Кришталь, Б. М. Ворнік. Харків : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2014. 544 с.

3. Кришталь В. В., Кришталь Є. В., Кришталь Т. В. Сексологія : навч. посібник : в 4 ч. Харків : Фоліо, 2008. 990 с.

4. Статеве виховання і репродуктивне здоров'я підлітків та молоді : навч. посіб. / Н. О. Лещук, Ж. В. Савич, О. А. Голоцван, Я. М. Сивохоп. Київ, 2014. 136 с.

5. Чуприков А. П., Цуприк Б. М. Нормальна та кримінальна сексологія : підручник. Київ : ДП Видавничий дім «Персонал», 2011. 252 с.

6. Акімова Л. Н. Психология сексуальности. Одесса : СМІЛ, 2005. 198 с.

7. Кочарян Г. С. Современная сексология. Киев : Ника Центр, 2007. 451 с.

8. Bering Jesse. Perv: The Sexual Deviant in All of Us .SA, 2013. 28.

9. Carroll J. Sexuality Now: Embracing Diversity. 2 edition. Thomson Wadsworth, 2006. 745 p.

10. Crooks R. L., Baur K. Our Sexuality. Wadsworth Publishing, 2010. 704 p.

11. Hupalovska V. Chapter 4. Person's sexual scripts in the context of some sex education. Personality in society: psychological mechanisms of activity. Liha-Press. 2020. P. 53–75. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-209-1/53-75>.

12. Hupalovska V. A. Duchowost w seksualnosci czlowieka // Pedagogical and psychological science: development prospects in countries of Europe at the beginning of the third millennium : collective monograph. Volume 2. Riga : Izdevnieciba "Baltija Publishing", 2018. P. 87–103. URL: http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/25487/1/N_Dyka_V_Mykytenko_PPS_V2_IP_PO_UK.pdf

13. McAnulty Richard D., Burnette M. Michele. Sex and Sexuality. Praeger Perspectives. 2006. 982 p.

Навчальне видання

Савіна Майя Василівна
Антонович Мілена Олександрівна

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ СЕКСОЛОГІЇ

Методичні вказівки
до практичних занять з дисципліни
«Основи сексології та сексопатології»

Коректор *Л. Є. Стешенко*
Комп'ютерне верстання *В. В. Савінкова*
Макет обкладинки *І. М. Дончик*

Формат 60х84/16. Ум. друк. арк. 2,36. Наклад 50 пр. Зам. № 96/23.

Видавець і виготовлювач
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна
Тел. 705-24-32