

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

# **КЛІНІЧНА СЕКСОЛОГІЯ**

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

Харків – 2023

УДК 613.88/.89(072)

К 49

**Рецензенти:**

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

**М. В. Маркова** – завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, д. мед. н., професор.

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

**Клінічна сексологія** : методичні вказівки до практичних занять з дисципліни  
К 49 «Основи сексології та сексопатології» / укладачі М. В. Савіна, М. О. Антонович. –  
Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2023. – 52 с.

Методичні вказівки «Клінічна сексологія» для практичних занять з дисципліни «Основи сексології та сексопатології», змістовний модуль 2 охоплюють основні питання клінічної сексології.

**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. Клінічні форми порушень сексуального здоров'я. Діагностичні критерії статевих порушень .....	5
2. Клінічна сексологія чоловіків. Етіологія, патогенез та клінічні форми розладів чоловічої потенції. Класифікація основних сексологічних синдромів при порушеннях потенції.....	9
3. Клінічна сексологія жінок. Етіологія, патогенез та клінічні форми сексуальних розладів у жінок. Класифікація основних сексологічних синдромів при фригідності .....	11
4. Деякі клінічні форми перверсій та девіацій. Судова сексологія.....	15
5. Лікування сексуальних розладів.....	34
Додаток .....	38
Питання для самоконтролю .....	39
Клінічні задачі для самоконтролю.....	41
Література .....	51

## ВСТУП

У середині ХХ ст. своє місце серед медичних дисциплін заняла сексопатологія. Це було обумовлено двома основними факторами: з одного боку, розвитком медичних знань в області фізіології полові системи людини, ендокринології, медичної генетики, та змінами в моральних поглядах європейської культури – з іншого. Визначення місця клінічної сексології (сексопатології) серед інших дисциплін виходить за межі теорії і безпосередньо впливає на практику лікування.

Завданням сексопатології є вивчення всіх аспектів порушення сексуального здоров'я, а також діагностика, лікування і профілактика подібних порушень. Сексопатологію поділяють на загальну і приватну. Область загальної сексопатології – вивчення епідеміології, порушень і девіацій сексуального здоров'я, факторів ризику, причин і умов виникнення, проявів і плину цих порушень, основних закономірностей формування сексопатологічних симптомів і синдромів, розробка питань патогенезу і класифікації сексуальних розладів, загальних принципів їхнього лікування і профілактики.

Предметом вивчення приватної сексопатології пропонують вважати окремі нозологічні форми порушення сексуального здоров'я і сексуальні девіації (відхилення). І, нарешті, судова сексологія – це галузь сексології, що вивчає сексуальну поведінку людини стосовно норм цивільного і кримінального права, а саме девіантну сексуальну поведінку, що призводить до здійснення протиправних дій. Сьогодні можна впевнено стверджувати: сексологія і сексопатологія, на відміну від багатьох інших "вузьких" наукових дисциплін, являє собою міждисциплінарну сферу людського знання. З цього випливає, що соціальні, культурологічні, психологічні, біологічні, антропологічні, педагогічні, правові, філософські й інші проблеми сексуальності складають тільки частину від загального, лише деякий аспект міждисциплінарної сексології.

# **1. КЛІНІЧНІ ФОРМИ ПОРУШЕНЬ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ СТАТЕВИХ ПОРУШЕНЬ**

До сексуальних розладів відносять хворобливі зміни статевих проявів – спрямованості і виразності статевого захоплення, ступеня статевої збуджуваності, а також низки феноменів (любрикація піхви у жінок, ерекція та еякуляція у чоловіків). Особливе місце відводиться сексуальним відхиленням і взаємній сексуальній дезадаптації партнерів.

Сексологічні розлади спостерігаються як при різних психоневрологічних і загальносоматичних (урологічних, гінекологічних, ендокринологічних) захворюваннях (сексологічні розлади органічного генезу), так і при їх наявності (функціональний фон). Функціональні сексуальні порушення найчастіше мають психогенну причину. До психогенних факторів належать: недостатньо ефективна стимуляція, негативні емоційні впливи, відновлення та вплив сім'ї, психічні травми в сексуальній сфері, проблеми партнерських зав'язків, особливості характеру, невротичні розлади та інше.

Однією з особливостей сексуальних розладів є їх схильність до численності проявів, що створює труднощі в їх діагностиці та лікуванні.

Дані про поширеність сексуальних розладів суперечливі. Багато пацієнтів не звертаються за медичною допомогою з огляду на табуованість сексуальної тематики.

На сьогодні не існує загальноприйнятої класифікації сексуальних розладів. За етіологічними чинниками і патогенетичними механізмами сексуальні розлади, можуть мати соціальні, психологічні, психофізіологічні, генетичні та онтогенетичні механізми.

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

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

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

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

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

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

Найбільш поширеними класифікаціями сексуальних розладів в даний час є класифікація, представлена в DSM-V, в якій здійснено об'єднання всіх сексуальних розладів в один розділ та МКБ-10, в якій існує інший підрозділ, що має на увазі сусідство парафілій (F65 – розлади сексуальної переваги) та розладів статевої ідентичності (F64) у групі «Розлади зрілої особи та поведінки», а сексуальні дисфункції описуються в рубриці «Сексуальна дисфункція, не обумовлена органічним розладом або захворюванням» (F52) групи «Поведінкові синдроми, з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами» (МКБ-10, 1999).

Основні групи парафілій описані в американському Діагностичному і статистичному керівництві з психічних розладів п'ятого видання (DSM-V, 2013) і в Міжнародній класифікації хвороб десятого (МКБ-10) і поки

ще не введене в повному використанні одинадцятого перегляду (МКБ-11 версії 2018 року).

В DSM-V, що використовуються психіатрами та сексопатологами в США дотепер, виділяють такі парафілічні розлади:

302.82 (F65.3): Вуаєрестичний розлад (англ. voyeuristic disorder).

302.4 (F65.2): Експібіціоністський розлад (англ. exhibitionistic disorder).

302.89 (F65.81): Фроттеристський розлад (англ. frotteuristic disorder).

302.83 (F65.51): Мазохістичний сексуальний розлад (англ. sexual masochism disorder).

302.84 (F65.52): Садистський сексуальний розлад (англ. sexual sadism disorder).

302.2 (F65.4): Педофільний розлад (англ. pedophilic disorder).

302.81 (F65.0): Фетишистський розлад (англ. fetishistic disorder).

302.3 (F65.1): Трансвестичний розлад (англ. transvestic disorder).

302.3 (F65.1): Трансвестичний розлад с фетишизмом (англ. ...with fetishism, при сексуальному збудженні від тканини, матеріалів або одягу).

302.3 (F65.1): Трансвестичний розлад с аутогінефілією (англ. ...with autogynephilia, при сексуальному збудженні від уяви себе жінкою у фантазіях).

302.89 (F65.89): Інший неуточнений парафілічний розлад (англ. other specified paraphilic disorder, наприклад некрофілія, зоофілія, копрофілія, урофілія).

302.9 (F65.9): Неуточнений парафілічний розлад (англ. unspecified paraphilic disorder).

У МКХ-10, в групі діагнозів F65 «розлади сексуального вподобання», що входить в «Клас V: психічні розлади і розлади поведінки», парафілії класифікують таким чином:

F65: Розлади сексуального вподобання, включно сексуальні девіації та парафілії.

F65.0: Фетишизм – об'єктами сексуального вподобання є частина тіла, одяжі або який-небудь предмет, що символізує сексуального партнера.

F65.1: Фетишистський трансвестизм – статеве задоволення досягається за рахунок перевдягання в одягу іншої статі.

F65.2: Експібіціонізм – статеве задоволення досягається при демонстрації іншим особам власного оголеного тіла (зазвичай сідниць або статевих органів) поза контекстом сексуальних відносин.

F65.21: Експібіціонізм, садистичний тип – статеве задоволення досягається при сполосі жертви.

F65.22: Експібіціонізм, мазохістичний тип – статеве задоволення досягається при агресивній реакції жертви.

F65.3: Вуайеризм – потяг до підглядання за статевим актом, оголеними чи частково оголеними об'єктами сексуальних уподобань.

F65.4: Педофілія – статевий потяг до дітей допубертатного або раннього пубертатного віку.

F65.5: Садомазохізм (включаючи садизм і мазохізм) – бажання здійснювати дії, які заподіюють біль, є такими, що принижують, що вказують на підлегле становище людини, на яку спрямовані, або такі, що є об'єктом таких дій.

F65.6: Множинні розлади сексуальної переваги – комбінація декількох парафілій, жодну з яких не можна визнати основною. Найчастіше комбінуються фетишизм, трансвестизм та садомазохізм.

F65.8: Інші розлади сексуальної переваги – всі інші розлади сексуальної переваги і сексуальної поведінки, в тому числі фроттеризм (тенденція торкатися до статевих органів інших в натовпі або громадському транспорті), некрофілія, зоофілія, гіпоксіфілія (використання аноксії і странгуляційної асфіксії для посилення сексуального збудження), телефонна скатологія (тенденція до розмов по телефону на сексуальну тему) та інші.

F65.9: Неуточнені розлади сексуальних вподобань – сексуальні девіації без додаткового уточнення.

У Міжнародній класифікації хвороб одинадцятого перегляду:

6D30: Експлібіціоністський розлад.

6D31: Вуайеристичний розлад.

6D32: Педофільний розлад.

6D33: Насильницький сексуальний садистичний розлад (англ. coercive sexual sadism disorder) – сексуальний садизм, що супроводжується фізичним або психологічним насиллям по відношенню до партнера, який не давав згоди на це; добровільні садистичні практики виключають діагноз і не належать до парафілій.

6D34: Фроттеристський розлад.

6D35: Інший парафілічний розлад із залученням незгодних осіб.

6D36: Парафілічний розлад з одиничною поведінкою або за згодою включених осіб.

6D3Z: Парафілічний розлад, неуточнений.

Таким чином, у класифікації МКБ-11 фетишизм і фетишистський трансвестизм скасовані, а садомазохізм замінений на насильницький сексуальний розлад. БДСМ-практики в рамках принципу SSC (аббревіатура від англійських слів safe, sane, consensual) виключають діагноз даної парафілії.



## **2. КЛІНІЧНА СЕКСОЛОГІЯ ЧОЛОВІКІВ. ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ ТА КЛІНІЧНІ ФОРМИ РОЗЛАДІВ ЧОЛОВІЧОЇ ПОТЕНЦІЇ. КЛАСИФІКАЦІЯ ОСНОВНИХ СЕКСОЛОГІЧНИХ СИНДРОМІВ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОТЕНЦІЇ**

### **Імпотенція (первинна)**

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

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

Її розвиток може бути обумовлений такими п'ятьма групами причин і умов:

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

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

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

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

5) фізіологічними коливаннями статевої функції або її тимчасовим ослабленням через гіперфагітацію.

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

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

Слід зазначити, що в чоловіків із дисрегуляторною формою розладу потенції ураження нейрогуморальної, психічної і еякуляторної складової копулятивного циклу найчастіше має поєднаний характер.

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

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

Розвиток абстинентної форми розладу потенції чітко пов'язаний в часі із тривалою змушеною статевою помірністю. Вона найчастіше спостерігається в осіб літнього віку.

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

*Конституційно-генетична форма.* Зазначена форма первинного розладу потенції обумовлена конституційною неповноцінністю морфофункціональних структур, які здійснюють нейрогуморальну регуляцію статевої функції, при повному збереженні інших функцій центральної нервової системи, тобто функціональною неповноцінністю тієї системи, що є фізіологічною основою статевого інстинкту.

У хворих на конституційно-генетичну форму первинного розладу потенції невротичні реакції частіше спостерігаються як слабо вираженні. Хворі в більшості випадків мало реагують на свою статево непристосованість і, як правило, звертаються до лікаря за медичною допомогою на вимогу дружини.

### **Псевдоімпотенція**

Залежно від причин і умов формування виділяють два варіанти псевдоімпотенції: дисгармонічний та дезінформаційний. Перший з них є наслідком помилкових оцінок і дій чоловіків при невідповідності статевої активності і діапазону прийнятності в подружній парі, наявності у чоловіка і жінки статевої холодності або гіперсексуальності, а також при недоліках техніки статевих відносин. Другий варіант псевдоімпотенції може бути пов'язаний з неправильними уявленнями подружньої пари про норму й фізіологічні коливання сексуальної функції. До даного варіанта

належать також випадки псевдоімпотенції, обумовлені неправильною оцінкою зміни своїх сексуальних проявів, які пов'язані із психічною або фізичною перевтомою (астенічний тип), гострою алкогольною інтоксикацією або впливом вжитих напередодні медикаментозних засобів.

Невірна інформація і помилкові інтерпретації можуть призводити до пред'явлення до себе надмірних вимог і виявлення в себе уявлених недоліків. Це в деяких випадках (особливо в осіб із тривожно-недовірливими рисами характеру) може призвести до виникнення психогенної ситуації, що не тільки закріплює патологічну установку на сексуальну неповноцінність, але й може стати причиною неврастенічних порушень із подальшою трансформацією псевдоімпотенції у вторинний розлад чоловічої потенції.

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

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

## **3. КЛІНІЧНА СЕКСОЛОГІЯ ЖІНОК. ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ ТА КЛІНІЧНІ ФОРМИ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК. КЛАСИФІКАЦІЯ ОСНОВНИХ СЕКСОЛОГІЧНИХ СИНДРОМІВ ПРИ ФРИГІДНОСТІ**

### **Фригідність (первинна)**

Практичний досвід показує, що найбільш частою формою сексуальних розладів у жінок є статевая холодність – фригідність. У певній кількості жінок статевая холодність розвивається у зв'язку з патологічною фіксацією на першому невдалому статевому акті, що обумовлений внутрішнім гальмуванням. Причинами розвитку фригідності по цьому механізму є змушені статеві відносини з негативною емоційною установкою на партнера, страх перед дефлорацією, страх вагітності або зараження венеричними захворюваннями, установка на неповноцінність, невідповідність чоловіка ідеалу, непевненість у міцності сімейних відносин, неправильні психологічні установки у зв'язку з надмірною строгістю виховання й т. п.

### **Псевдофригідність**

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

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

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

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

### **Вагінізм**

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

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

Ступені вагінізму:

I ступінь – реакція настає при введенні чоловічого статевого органу під час статевого акту або при введенні лікарем інструменту або пальця в піхву;

II ступінь – реакція настає при дотику до статевих органів або при очікуванні дотику до них;

III ступінь – реакція настає при одному поданні про статевий акт або гінекологічному обстеженні.

### **Психогенні геніталгії**

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

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

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

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

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

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

При органічних захворюваннях головного мозку, як правило, спостерігається поєднане ураження нейрогуморальної, геніто-сегментарної і психічної складових копулятивного циклу. Клінічні прояви фригідності в таких випадках характеризуються ізольованим або поєднаним ураженням лібідо, сексуальної чутливості й оргазму. Слід зазначити, що залежно від топіки ураження змінюються клінічні прояви фригідності. У деяких випадках прояви стійкої і вираженої статевої холодності може випереджати підвищення статевого потяга і навіть поліоргазмія.

При патології спинного мозку найчастіше спостерігається ізольоване або поєднане ураження нейрогуморальної і геніто-сегментарної складової копулятивного циклу. У подібних випадках симптоматика фригідності складається з переважного зниження сексуальної чутливості і гіпо- або аноргазмії. Найбільш виразними виявляються прояви фригідності при патологічних змінах з боку попереково-крижових сегментів спинного мозку і вегетативних вузлів тазової області. У таких хворих вражається, головним чином, геніто-сегментарна складова копулятивного циклу. Подібні прояви фригідності спостерігаються також при патології третього-п'ятого крижових сегментів, які іннервують сечостатеву систему.

Прояву статевої холодності при неврозах, психопатіях і деяких формах психотичних станів зустрічаються досить часто.

Клінічні форми неврозів у багатьох випадках впливають на характер і виразність фригідності.

При неврастенії найчастіше визначаються поєднані ураження психічної й нейрогуморальної складової копулятивного циклу. Прояви статевої холодності у хворих з неврастеніями включають більш-менш виразне зниження лібідо, сексуальної чутливості й оргазму, що тільки в деяких випадках досягає ступеня алібідемії й аноргазмії.

При істерії, як правило, спостерігається ураження психічної складової копулятивного циклу, що може сполучатися з ослабленням нейрогуморальної складової. У хворих з істерією фригідність проявляється у вигляді сексуальної гіпестезії, і навіть анестезії, що сполучається з ослабленням або відсутністю оргазму, причому в деяких хворих статевий потяг буває нормальним або трохи підвищеним. Може мати місце й ізольоване зниження лібідо при збереженні сексуальної чутливості й оргазму. Слід зазначити, що при істерії досить часто прояви статевої холодності сполучаються з більш-менш вираженою геніталгією і вагінізмом.

При неврозі нав'язливих станів і психастенії найчастіше спостерігається ізольоване ураження психічної складової копулятивного циклу. Клінічні прояви фригідності у таких хворих характеризуються зниженням лібідо й оргазму внаслідок афективних нав'язливостей і фобій, які відіграють домінуючу роль у свідомості та поведінці хворих.

При розвитку статевої холодності внаслідок інших форм психічних захворювань (депресивні, іпохондричні, параноїдальні стани) і різноманітних варіантів психопатій констатується переважно ураження психічної складової копулятивного циклу. У цього контингенту хворих статевий холодність характеризується виразним зниженням лібідо й оргазму аж до алібідемії та аноргазмії внаслідок домінуючої значимості афективних розладів, хворобливих інтерпретацій, нав'язливостей і маревних переживань.

Розвиток статевої холодності при урологічних і гінекологічних захворюваннях зв'язано не тільки зі змінами функціонального стану статевих органів, але й із впливом цієї патології на загальний стан організму та особистісною реакцією хворих на важку для них ситуацію, що виникла у зв'язку із захворюванням. У цього контингенту хворих частіше спостерігається ураження геніто-сегментарної, нейрогуморальної і психічної складових копулятивного циклу.

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

При різних уrogenітальних захворюваннях може виникати ізольоване або поєднане зниження лібідо, сексуальної чутливості й оргазму.

При різних формах ендокринної патології сексуальні розлади в жінок спостерігаються відносно часто і є складовою частиною клінічних проявів захворювань ендокринної системи. У більшості випадків вони розвиваються поступово й мають прогредієнтний характер.

Провідним фактором, що лежить в основі порушення копулятивного циклу в даного контингенту хворих, є ураження нейрогуморальної складової, що обумовлено розладом нейроендокринної регуляції статевої функції.

Клінічні прояви статевої холодності при ендокринних захворюваннях мають вигляд ізольованого або поєданого розладу лібідо, сексуальної чутливості й оргазму. Виразність фригідності перебуває у прямій залежності від форми і важкості ендокринної патології та ступеня компенсаторних можливостей організму.

Відомо, що зловживання алкогольними напоями негативно впливає на сексуальну функцію жінок. При цьому дуже часто спостерігається ослаблення статевого потягу і сексуальна гіпестезія, а також гіпо- і аноргазмії, які часто мають поєднаний характер. У багатьох жінок, які зловживають алкоголем, спостерігаються симптоми сексуальної дезадаптації і вегетативної нестійкості, які нагадують зміни в клімактеричному періоді.

В основі розвитку статевої холодності при хронічному алкоголізмі лежить поєднане ураження переважно нейрогуморальної й психічної складових копулятивного циклу. Воно обумовлено інтоксикаційною енцефалопатією, що супроводжується як психічними порушеннями, так і розладами нейрогуморальної регуляції внутрішнього середовища організму.

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

### **Німфоманія**

Характеризується ізольованим підвищенням статевого потягу (гіперлібідемія) до різних чоловіків, постійними пошуками нових статевих партнерів навіть при наявності любові до свого чоловіка, що може поєднуватися з посиленням чуттєвого компоненту статевого акту (сексуальною гіперестезією) і з підвищеною здатністю до повторних оргазмів.

## **4. ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ФОРМИ ПЕРВЕРСІЙ ТА ДЕВІАЦІЙ. СУДОВА СЕКСОЛОГІЯ**

Розвиток наукових уявлень про аномальну сексуальну поведінку призвело до спроб виділення його девіантних і перверсних (патологічних) форм. На сьогодні у літературі описано 132 сексуальні девіації. У своїй більшості вони не мають хворобливого характеру.

До непатологічних форм сексуальних відхилень відносять, наприклад, різні девіантні тенденції, що виявляються лише у мріях і фантазіях людини, але з тих чи інших причин ніколи не реалізовані в реальному житті. Виділяють також девіантні елементи, які виконують роль додаткових стимулів, що посилюють сексуальне збудження індивіда при статевих, контактах, але не є для нього абсолютно необхідними для досягнення статевої насолоди.

До сексуальних девіацій відносять різні відхилення від прийнятих у суспільстві статевих переваг (у спрямованості лібідо і формах його реалізації). Деякими фахівцями сексуальні девіації визначаються як сексуально-еротичні порушення, при яких статеве збудження або оргазм досягається за допомогою атипових або культурно-заборонених дій.

У ряді випадків особи з девіантною сексуальністю здатні до еротичного кохання, тісних партнерських відносин та одруження. Це можливо за наявності таких відхилень у сексуальних потребах і формах їх реалізації, які можуть бути цілком допустимими для партнера (ефебофілія, геронтофілія, фетишизм, трансвестизм, елементи садомазохізму).

На відміну від девіацій, сексуальні перверсії набувають характеру захворювання, мають своєрідний перебіг і симптоматику, істотно ускладнюють або унеможливають нормальне статеве життя. Суб'єкти, які страждають на перверсії, можуть навіть укласти шлюб і підтримувати в подружжі невисокий рівень нормативної сексуальної активності, маскуючи свій аномальний статевий потяг. Однак вони змушені вступати у випадкові статеві зв'язки або здійснювати акти сексуального насильства, щоб іноді реалізовувати перверсні імпульси, які не піддаються вольовому контролю.

У поясненні механізмів формування сексуальних девіацій існує багато різних теорій, але жодна повністю не пояснює природу їх виникнення. Найбільш обґрунтована думка про те, що сексуальні девіації є психологічною регресією або фіксацією індивіда на ранніх етапах і стадіях психосексуального розвитку. Формуванню девіантних форм сексуальної поведінки і переживань можуть сприяти умовно-рефлекторні зв'язки, що виникають у період становлення сексуальності. При цьому не завжди вдається чітко визначити межі норми та патології. Якщо якийсь подразник (частина тіла, запах, предмети одягу, музика) поєднується з сильним статевим збудженням і підкріплюється оргазмом, то надалі через утворення міцних асоціативних зв'язків він сам стає стимулом, що посилює сексуальне збудження при інтимній близькості. Але якщо цей же подразник стає майже обов'язковою умовою статевого задоволення, то це вже девіація.

### **Порушення статевого розвитку.**

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

Однією з девіацій психосексуального розвитку є порушення статевої самосвідомості, або так званий транссексуалізм. Цей розлад призводить до



спотворення аутоідентифікації, внаслідок чого людина усвідомлює себе належною до протилежної статі.

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

Порушення статевої самосвідомості, судячи з даних літератури, частіше зустрічається серед чоловіків. Середній вік звернення чоловіків до лікаря – 20–24 роки.

Теорії виникнення транссексуальності:

1) Генетична. В результаті мутацій збільшується набір статевих хромосом, до пари ХУ додається Х. Поширений варіант-синдром Клайнфельтера. Чоловіки мають риси, характерні для жінок, схильні до фемінної поведінки.

2) Нейроендокринні порушення. Транссексуалізму сприяють внутрішньоутробні, ранні постнатальні шкідливі впливи (травми, інтоксикації, вірусні інфекції). У транссексуалів визначається низький рівень тестостерону (у чоловіків), схожість будови окремих ділянок мозку з морфологічними особливостями представників іншої статі.

3) Неправильне виховання. Транссексуалізм може бути спровокований ранніми психологічними травмами і виробленими з дитинства правилами поведінки. Зокрема, розвитку розладу сприяє виховання в неповній сім'ї (для хлопчиків – без батька, для дівчаток – без матері), заохочення ігор і вибору одягу, що не відповідають статі дитини.

Критеріями, на підставі яких встановлювався діагноз транссексуалізму, вважають:

1. Наявність у людини відчуття належності до протилежної статі, переконаність у тому, що вона народилася з неправильною статтю.

2. Наявність почуття відчуженості від власного тіла, ставлення до своїх вторинних статевих ознак як до фізичних вад і відразу до них.

3. Дуже сильне, що відчувається людиною постійно, прагнення набути фізичних ознак протилежної статі, для чого вона готова пережити хірургічне втручання.

4. Бажання бути прийнятим у суспільстві як представник протилежної статі.

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

Кілька років тому в Україні змінили критерії діагнозу «Транссексуальність». Зараз критерії виглядають таким чином:

1. Бажання належати до іншої статі, бути прийнятими оточуючими в такій якості, як правило, в поєднанні з прагненням відповідним чином змінити свою стать за допомогою хірургічного і гормонального лікування.

2. Транссексуальна ідентичність стійко зберігається протягом як мінімум 2 років.

3. Стан не викликано іншим психічним розладом, а також хромосомною аберацією.

Медико-біологічні та соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності

1. Медико-біологічними показаннями для зміни (корекції) статевої належності є психічний і поведінковий розлад «транссексуалізм» за Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду.

2. Соціально-психологічними показаннями для зміни (корекції) статевої належності є дискомфорт або дистрес, що обумовлені розбіжністю між статевою ідентичністю індивідуума і статтю, встановленою йому при народженні (і пов'язаними з цим гендерною роллю та/або первинними і вторинними статевими ознаками).

Зараз, щоб змінити свою стать, необхідно звернутись до свого районного терапевта, одержати в нього направлення до психіатра та ендокринолога. Психіатр встановлює діагноз F 64.0 (обстеження не довше 2 тижнів та може бути цілком амбулаторне). Потім ендокринолог дає рекомендації до вживання гормональної терапії. З цими заключеннями людина вертається до свого терапевта, який видає довідку ВКК до компетентних органів що до зміни паспорту. Зараз людині не потрібно робити ніяких операцій, щоби змінити паспорт.

### **Порушення статево рольової поведінки**

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

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

До трансформації статеворольової поведінки, яка відбувається на етапі формування її стереотипу, призводять вплив негативних мікросоціальних чинників, неправильного виховання, порушення статевих ролей батька, матері чи обох батьків, їхніх негативних характерологічних особливостей.

Часто в неповній родині, коли мати виховує сина за своєю подобою, у хлопчика формується фемінна поведінка.

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

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

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

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

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

### **Порушення психосексуальної орієнтації**

У сучасному суспільстві будь-яка орієнтація не вважається порушенням. Але з точки зору медицини та сексологічної норми орієнтація розглядається по-різному. З боку продовження роду для зачаття дитини потрібна присутність обох полів. Потому сексопатологи розглядають порушення психосексуальної орієнтації.

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

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

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

Порушення термінів, темпу становлення сексуальності і деформація статевої поведінки, тобто різні варіанти психосексуального дизонтогенезу, сприяють становленню перверсій і визначають їх вираженість, а подекуди і клінічну картину.

Виділяють кілька груп перверсій:

1. Транзиторні замісні перверсії, які виникають за неможливості адекватно реалізувати статевий потяг (у період юнацької гіперсексуальності, при тривалій ізоляції в одностатевих колективах, при сексуальних розладах тощо). Зазвичай вони спостерігаються в осіб із нормальним психосексуальним розвитком і при першій можливості поступаються місцем перед нормальними сексуальними контактами. Однак тривалі замісні перверсії можуть трансформуватися в істинні. Такий, зокрема, механізм їх формування при віковій інволюції та сексуальних розладах.

2. Перверсії, що формуються на тлі затримки психосексуального розвитку.

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

### **Гомосексуальність або нетрадиційна сексуальна орієнтація**

*(діагноз відсутній у МКХ 10)*

Нетрадиційна орієнтація за статтю, тобто статевий потяг до представників своєї статі, відома під назвою гомосексуалізму. Статева ідентичність гомосексуала збігається з біологічною статтю, в нього правильна само-свідомість, він сприймає себе як чоловіка, проте відчуває потяг до представників своєї статі.

За даними досліджень близько 2 % чоловіків і 1 % жінок є виключно гомосексуалами, приблизно 75 % чоловіків і 85 % жінок – виключно гетеросексуалами і 23 % чоловіків та 14 % жінок мають сексуальний досвід обох типів.

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

## **Ексібіціонізм**

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

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

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

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

## **Непристойні телефонні дзвінки**

Непристойні телефонні дзвінки характерні для осіб із поведінкою, схожою на поведінку ексгібіціоністів. Вони відчують сексуальне збудження, почувши реакцію жертви у вигляді жаху чи шоку, і мастурбують під час або одразу після «успішного» дзвінка. Вважають, що ця перверсія притаманна чоловікам, які відчують неадекватність і небезпеку. Для таких осіб непристойні телефонні дзвінки є єдиним способом сексуального спілкування й задоволення. При цьому, на відміну від ексгібіціоністів, вони часто

виявляють до протилежної статі почуття тривоги й ворожнечі. Нерідко вони погрожують своїм абонентам фізичною розправою, проте практично ніколи не здійснюють своїх погроз.

### **Фротеризм**

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

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

### **Нарцисизм**

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

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

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

### **Скопофілія (вуайеризм)**

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

Скопофілія як перверсія визначається наданням переваги підгляданню нормальним сексуальним контактам або тим, що вона пов'язана з якимось ризиком (або й тим, і іншим). Вуайеристи зазвичай відчують найсильніше сексуальне збудження при великому ризику бути поміченими, тому, зокрема, їх не приваблюють нудистські пляжі, де спостереження цілком припустиме.

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

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

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

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

### **Фетишизм**

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

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

У проявах цієї перверсії чітко простежується її замісний характер. Фетиш зазвичай символізує й заміщує або конкретний об'єкт кохання, або збірний образ уподобаних об'єктів за принципом «частина замість цілого».

Сексуальне задоволення досягається шляхом нюху, дотику, прикладання фетиша до статевих органів та інших дій у сполученні з мастурбацією.

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

Різновидами фетишизму є ретифізм – фетишизм взуття, трансвестизм – перевдягання в убрання протилежної статі, пігмаліонізм (монумен-тофілія) – потяг до статуй.

### **Трансвестизм**

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

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

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

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

### **Зоофілія**

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

Прихильність до тварин властива дітям, але навіть коли ця прихильність заміщує недостатність контактів з однолітками або уваги й пестощів



дорослих, вона, як правило, не стає висхідним пунктом розвитку зоофілії. Однак деякі форми дитячих ігор з тваринами можуть стати ґрунтом для формування патологічного потягу. Зоофілія трапляється переважно у тваринницьких районах, особливо в середовищі, де суворо караються дошлюбні зв'язки. У цих умовах вона має досить велику розповсюдженість: в сільських місцевостях зоофілічні контакти мали 40–50 % юнаків, і в деяких випадках вони могли набувати характеру істинної перверсії.

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

### **Садизм, мазохізм**

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

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

### **Некрофілія**

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

В основі механізму формування некрофілії лежить сполучення статевого збудження й оргазму з афектом страху й тривоги. Переживши такий стан, діти інколи самі намагаються досягти його, читаючи страшні оповідання чи викликаючи в уяві відповідні зображення. Таку ж саму роль

можуть відігравати залякування дітей цвинтарями, трупами та небіжчиками, а також наявна в більшості дітей потреба в переживанні відчуття страху. При різкому зниженні порогів збуджуваності нервових структур, відповідальних за еякуляцію і оргазм, в окремих дітей під час залякування або читання страшного оповідання може настати оргазм.

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

### **Педофілія**

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

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

### **Ефебофілія**

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

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

Сексуальна поведінка ефебофілів мало чим відрізняється від звичайної, однак вона має свої особливості. Перш за все це розбещення, схоже на

аналогічне при педофільї, проте відвертіше – бесіди під виглядом сексуальної просвіти, демонстрація порнографічних зображень, фільмів, читання порнографічної літератури й т. ін. Ефебофіли прагнуть знайти роботу в колективах підлітків.

### **Геронтофілія**

Геронтофілія – статевий потяг до осіб літнього й старечого віку. В основі патогенезу цієї перверсії лежить ставлення дитини до дорослої людини як до ідеалу, зразка для наслідування. За браком уваги й пікнунвання з боку батьків діти нерідко намагаються компенсувати їх самотійно, звертаючи свою любов на вихователів, учителів і т. д. У генезі геронтофілії, особливо в інфантильних особистостей, може відігравати роль прагнення знайти старшого друга, не стільки сексуального партнера, стільки людину, яка б оточила піклуванням.

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

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

### **Порнографоманія**

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

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

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

## **СУДОВА СЕКСОЛОГІЯ**

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

**Стаття 155. Статеві зносини з особою, яка не досягла шістнадцятирічного віку**

За злочин вважаються природні або неприродні статеві зносини з особою, яка не досягла шістнадцятирічного віку, вчинені повнолітньою особою, та караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк.

### **Ст 155. пункт 2**

Ті ж дії, вчинені близькими родичами або членами сім'ї, особою, на яку покладено обов'язки по вихованню потерпілого або турбота про нього, або якщо вони спричинили безпліддя або інші тяжкі наслідки, караються позбавленням волі на строк від п'яти до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

### **Необхідні юридичні визначення:**

Близькі родичі та члени сім'ї – чоловік, дружина, батько, мати, вітчим, мачуха, син, дочка, пасинок, падчерка, рідний брат, рідна сестра, дід, бабка, прадід, прабабуся, онук, внучка, правнук, правнучка, усиновлювач або усиновлений, опікун або піклувальник, особа, яка перебуває під опікою або піклуванням, а також особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки, в тому числі особи, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі.

Малолітня особа – дитина до чотирнадцяти років.

Неповнолітній – малолітня особа, а також дитина віком від чотирнадцяти до вісімнадцяти років;

### **Стаття 156. Розбещення неповнолітніх**

Відповідно до КК України злочином вважаються розпусні дії сексуального характеру, які можуть проводитися у формі фізичних впливів-оголення статевих органів винного або потерпілої (потерпілого), вчинення статевого акту в присутності дитини і т. п., або у формі інтелектуального розбещення – цинічних оповідань на теми сексу, демонстрації порнографії і т. ін.

### **Стаття 152 Зґвалтування**

Вчинення дій сексуального характеру, пов'язаних із вагінальним, анальним або оральним проникненням в тіло іншої особи з використанням геніталій або будь-якого іншого предмета без добровільної згоди потерпілої особи (зґвалтування), карається позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років.

## **Стаття 152 пункт 2**

Зґвалтування, вчинене повторно, або особою, яка раніше вчинила будь-який із злочинів, передбачених статтями 153–155 цього Кодексу, або вчинення таких діянь щодо дружини чи колишнього чоловіка або іншої особи, з яким винний перебуває (перебував) у родинних чи близьких стосунках, або щодо особи у зв'язку з виконанням цією особою службового, професійного або громадського обов'язку, або щодо жінки, яка завідомо для винного перебувала у стані вагітності, карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

## **Стаття 152 пункт 3**

Зґвалтування, вчинене групою осіб, або зґвалтування неповнолітньої особи, карається позбавленням волі на строк від семи до дванадцяти років.

Види зґвалтування:

1. З метою здобуття сексуального задоволення. При цьому вигляді зґвалтування чоловік застосовує силу в тій мірі, яка необхідна для досягнення цієї мети, і не більш. Якщо чоловік бачить, що для досягнення мети потрібні дуже великі зусилля, він може припинити свої дії. Найчастіше здійснюється знайомими.

2. З метою вираження злості (гніву). Цей вигляд відбувається з грубим фізичним нападом, викликаним відчуттям ненависті і злості. Мета цього зґвалтування не сексуальне задоволення, а вираження люті, презирство до жінки. Характеризується застосуванням грубої фізичної сили, що значно перевершує необхідну. Чоловіки здійснюють ці дії як помсту за приниження, відкидання жінками, мстяться їм за моральні «страждання» з вини жінок. Найчастіше здійснюються незнайомими чоловіками і з нанесенням серйозних фізичних пошкоджень. Часто чоловіки піддають жінку приниженням: заставляють проробляти насильницький анальний статевий акт, минет, вводять в піхву або анус різні предмети. Чоловік навіть може під час цих дій не відчувати збудження і ерекція може не наставати, він не отримує від зґвалтування сексуального задоволення. Ці зґвалтування відбуваються або після якихось психотравм, сварок з дружиною, і проміжки між ними можуть складати місяці, роки.

3. Зґвалтування з метою демонстрації влади. Тут сексуальне задоволення відходить на другий план. Головне для насильника – показати владу над жертвою. Такі чоловіки зазвичай не в змозі впоратися з життєвими труднощами. Вони не можуть добитися нічого в економічному, моральному, інтелектуальному плані. Вважають себе невдахами, морально уразливими, безпорадними. Часто сумніваються в своїх сексуальних здібностях. Зґвалтування з цією метою є навмисними, такими, що повторюються. Мають тенденцію до почастишання. Чоловік прагне не нанести жінці фізичних пошкоджень, а прагне максимально показати свою владу над нею.

4. Садистичне зґвалтування. Цей вигляд зґвалтування завжди є заздалегідь спланованим і супроводиться ритуалами. Часто це скріплення і мука жертви, її приниження. Агресія і сексуальність тут неподільні, агресія є еротичним переживанням.

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

Завдання експертизи:

- встановити, що статеві зносини або спроба їх дійсно мали місце;
- визначити, які заходи і засоби були застосовані для придушення волі й опору жінки;
- встановити характер і тягар наявних пошкоджень на тілі або констатувати їх відсутність;
- встановити, яку шкоду заподіяли тій, хто зазнала насильницьких статевих зносин (зараження інфекціями, психічна травма і так далі).

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

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

При зґвалтуванні жінки, яка знаходиться в безпорадному стані, опір, природно, унеможлиблюється. Причини безпорадності можуть бути різними. Такими причинами можуть бути: непритомність від болю, шок від переляку, епілептичний припадок або напад якого-небудь захворювання,

отруєння, фізична слабкість в час або після якої-небудь хвороби, фізичний недолік, стан сп'яніння.

### **Згвалтування зі статевими збоченнями.**

До згвалтування зі статевими збоченнями належать: педофілія, ефебофілія, геронтофілія, інцест, садизм, оральний і анальний насильницький статевий акт.

При анальному статевому акті експертиза виявляє (не пізніше, ніж через 1–2 дні після згвалтування) на шкірі і слизистій оболонці заднепроходного отвору свіжі рани, що кровоточать, величиною 0,5–1 см і більше.

### **Наслідки згвалтування.**

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

– Перша (гостра) фаза починається відразу після згвалтування і може продовжуватися до декількох тижнів. Ця фаза може проходити у вигляді експресивної або стриманої реакції. Експресивна реакція виявляється в бурхливих емоційних проявах: сльози, істерики. Стримана реакція протікає у вигляді пригніченості, замкнутості, але потім може настати експресивна реакція. Часто у жінок в цій фазі спостерігається страх, сором, нервозність, відчуття провини і безсилля, безсоння, головний біль, нудота.

– Друга фаза (фаза тривалої реорганізації) може продовжуватися декілька років. Жінка часто уникає сексуальних стосунків, знервована, боїться повторення згвалтування. Так само можуть виникати коїтофобії, псевдофригідність, вагінізм.

Згвалтування у дітей та підлітків має дуже великі психічні, психологічні та соматичні наслідки. Якщо після згвалтування з дитиною не проводити заняття з психологом, психіатром, не реабілітувати дитину психічно та соматично, це буде мати вкрай негативні наслідки на все життя.

### **Згода на статевий акт**

Згода вважається добровільною, якщо вона є результатом вільного волевиявлення особи, з урахуванням супутніх обставин.

### **Стаття 153. Сексуальне насильство**

Вчинення будь-яких насильницьких дій сексуального характеру, не пов'язаних із проникненням в тіло іншої людини, без добровільної згоди потерпілої особи (сексуальне насильство), карається позбавленням волі на строк до п'яти років.

### **Стаття 154. Примус до вступу в статевий зв'язок**

Примус особи без її добровільної згоди до вчинення акту сексуального характеру з іншою особою, карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців.

## **Стаття 154 пункт 2**

Примус особи без її добровільної згоди до вчинення акту сексуального характеру з особою, від якої потерпілий матеріально або службово залежний, карається штрафом до однієї тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до двох років.

## **Стаття 154 пункт 3**

Дії, передбачені частиною першою або другою цієї статті, поєднані із загрозою знищення, пошкодження або вилучення майна потерпілого або його близьких родичів, або із загрозою розголошення відомостей, що ганьблять його або близьких родичів, караються обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк

## **Порнографія.**

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

Легким («м'яким», англ. soft) порно називають такий вигляд порнографічної продукції, який не представляє детального зображення статевих органів. Кінофільми, що належать до класу легкого порно, як правило, містять більш менш осмислений сюжет, в якому статевий акт грає значну, але не завжди головну роль. Виходячи з вищезазначеного, складно відділити легке порно від еротичного. Як особливий вигляд легкого порно виділяються так звані «секс-фільми». Цей вигляд кінематографа приділяє сексуальним сценам велику частину картини. Проте статевий акт в таких картинах симулюється. Представлення ерегуючого пеніса і відкритої вагини не відбувається.

Власне порно – вигляд порнографічної продукції, який представляє статевий акт без якої-небудь цензури з боку авторів. Сюжет порнофільмів,



як правило, обмежується короткими вступами перед сексуальними сценами або відсутній взагалі. Досить часто показується еякуляція (або її імітація).

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

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

### **Стаття 301. Ввезення, виготовлення, збут та розповсюдження порнографічних предметів**

Ввезення в Україну творів, зображень або інших предметів порнографічного характеру з метою збуту або розповсюдження або їх виготовлення, зберігання, перевезення, або інше переміщення з тією ж метою, або їх збут або розповсюдження, а також примус до участі в їх створенні караються штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом строком до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років.

#### **Стаття 301 пункт 2**

Ті самі дії, вчинені щодо кіно- та відеопродукції, комп'ютерних програм порнографічного характеру, а також збут неповнолітнім або розповсюдження серед них творів, зображень або інших предметів порнографічного характеру караються штрафом від ста до трьохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на той самий строк.

## **Проституція**

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

Жінок повій можна розділити на декілька категорій.

– Вуличні повії (жінки з низів, мало одержуючі за свої послуги).

– Повії з борделів (менш уразливі для згвалтувань, захищеніші від групового згвалтування).

– Повії по виклику (найбільш оплачувані).

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

## **Стаття 302. Створення або утримання кубла і звідництво**

1. Створення або утримання кубла, а також звідництво для розпусти караються штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до двох років.

### **Стаття 302 пункт 3**

Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені із залученням неповнолітнього, караються позбавленням волі на строк від двох до семи років.

### **Стаття 302 пункт 4**

Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені із залученням малолітнього, караються позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

## **Стаття 303. Сутєнерство або залучення особи до занять проституцією**

Залучення особи до заняття проституцією або примус її до заняття проституцією з використанням обману, шантажу або вразливого стану цієї особи, або із застосуванням чи загрозою застосування насильства, або сутєнерство караються позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років.

**Сутєнерство** – дії особи щодо забезпечення заняття проституцією іншою особою.

## **5. ЛІКУВАННЯ СЕСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ**

Лікування більшості сексуальних дисфункцій є комплексним і передбачає використання фармакотерапії, яка поєднується з методами психотерапевтичної корекції. Вибір лікарських засобів при порушеннях статевої функції визначається причиною розладу, характером його перебігу, віком пацієнтів, супутньої соматичної чи психічної патологією.

Психотерапія відіграє важливу роль у сексологічному лікуванні. У низці випадків вона є єдиною формою терапії сексуальних розладів: або використовується як форма додаткового лікування, або як один з компонентів комплексного лікування. Статеві розлади з урахуванням великої особистісної значущості сексуальної сфери можуть призвести до різних невротичних порушень, депресії з суїцидальними тенденціями, що ще більше підвищує значення психотерапії в лікуванні таких хворих.

Психотерапевтичні заходи при лікуванні різних форм сексуальних розладів у чоловіків та жінок повинні спрямовуватися на корекцію їхніх конституційно-особистісних реакцій на існуючу сексуальну патологію, що найчастіше гіперактуалізується хворими у зв'язку з виникненням у них комплексу неповноцінності. Застосування психотерапії в таких випадках має полягати не в епізодичних заходах, а в системі лікувальних впливів,

початком яких вже є первинний огляд хворого. Ретельне клінічне обстеження хворого варто проводити за умови обов'язкового виконання правил деонтології й медичної етики. При цьому лікареві варто постійно пам'ятати про можливості ятрогенних впливів, які можуть поглибити клінічні прояви сексуальних розладів і ускладнити прогноз захворювання. Система психотерапії має полягати у безперервних лікувальних впливах на особистість хворого, які на окремих етапах лікування реалізуються за допомогою різноманітних форм, способів і методик психотерапії.

### **Психотерапевтичні методи лікування**

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

Побудова діючої психотерапії при сексуальних розладах передбачає реалізацію трьох етапів:

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

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

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

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

### **Профілактика сексуальної дисгармонії**

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

У практично здорових чоловіків і жінок спостерігаються фізіологічні коливання статевої функції, пов'язані із циклічністю фізіологічних процесів, віковими факторами і загальним станом організму. Неправильна інтерпретація цих коливань і помилкові оціночні реакції, надзвичайні вимоги щодо самого себе, прийняття на себе уявлених пороків, що принижують чоловічу або жіночу гідність, негативне поводження іншого члена подружньої пари можуть створити основу для так званої псевдоімпотенції або псевдофригидності, які надалі нерідко фіксуються у свідомості хворих і стають основою розвитку паторефлекторної форми первинного розладу

потенції або фригідності, що є факторами розвитку сексуальної дисгармонії. Причиною цих розладів може бути також пряма або опосередкована ятрогенія внаслідок недостатньої компетентності медичних працівників, схильних до гіперболізації значення застійних і хронічних простатитів, які часто зустрічаються, а також недостатньої уваги щодо психічних факторів здійснення сексуальної функції і чоловіків, і жінок.

Надзвичайно корисну роль можуть відігравати науково-популярні лекції на тему психогієни подружніх взаємин, спеціальні цикли лікарських бесід по типу школи молодого чоловіка і жінки та народних університетів медичних знань, а також індивідуальної лікарської консультації з питань психогієни подружніх відносин. Такі заходи доцільно проводити в старших класах загальноосвітніх шкіл, профтехучилищах, технікумах, інститутах, молодіжних гуртожитках, на підприємствах, у різних установах.

Без правильного статевого виховання неможливо підготувати підростаюче покоління до сімейного життя, до виховання дітей, до попередження розлучення, неможливо підвищувати народжуваність, забезпечити ефективну профілактику психічних травм на сексуальному ґрунті, неврозів, сексуальних розладів, дисгармонійних відносин у шлюбі, венеричних захворювань та ін.

Особливе місце при цьому повинне бути надане психології родини і шлюбу, а також висвітленню основ гігієни статевого життя і правил здорового побуту. До санітарно-просвітницької роботи з пропаганди основ здорового побуту повинні залучатися досвідчені лікарі й педагоги.

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

### **Беспліддя**

Беспліддя – нездатність зрілого організму давати потомство.

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

#### **Чоловіче беспліддя:**

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

- одностороннє;
- двостороннє.

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

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

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

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

Антиспермальні тіла бувають: спермоіммобілізуючі, спермоаглютуючі, спермолізуючі.

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

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

### **Жіноче безпліддя**

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

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

Види з причин порушення:

- трубне безпліддя;
- ендокринне (в т. ч. полікістоз);
- пов'язані з гінекологічними захворюваннями (ендометріоз, переміщений клімакс);
- імунологічне безпліддя;
- психологічне безпліддя;
- абсолютне генетичне;
- ідіоматичне.

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

## ДОДАТОК

### Питання клінічного сексологічного обстеження.

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

При вивченні скарг хворого на стан здоров'я і наявність тих або інших сексуальних відхилень особливо привертають увагу дані, які стосуються безпосередньо порушень статевої функції або наявності сексуальної незадоволеності. Варто звернути увагу на вивчення скарг, які відбивають індивідуально-особистісну реакцію кожного з пацієнтів на статевий розлад або порушення сексуальної гармонії, які у нього присутні. Необхідно також враховувати скарги, які відбивають іншу патологію, через те, що оцінка патологічних факторів має велике значення для розуміння особливостей клінічних проявів і перебігу сексуального розладу.

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.

Діагностичне значення має уточнення обставин першого невдалого статевого акту і характеристика обстежуваним сексуального розладу, що виник.

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'ясовувати:

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

Вивчення свідчень про характер статевого життя кожного обстеженого припускає визначення:

- а) вік і суб'єктивну оцінку першого статевого досвіду;
- б) динаміку статевого життя до шлюбу та у шлюбі;

- в) вік переходу до умовно фізіологічного ритму;
- г) наявність ексцесів, їхній максимальний рівень і вікова характеристика;
- д) періоди сексуальної абстиненції і їх переносність;
- е) наявність полюцій й їхня частота,
- ж) вплив на статеву функцію алкоголю, паління, психофармакологічних засобів, наркотиків, а також фізичних і психічних навантажень.

У план сексологічного обстеження обов'язково включають уточнення характеристики статевого акту останнім часом, що включає: а) настрій обстежуваних перед статевим актом; б) виразність лібідо; в) характер ерекцій (спонтанні, адекватні); г) тривалість статевого акту; д) характер еякуляції та оргазму; е) самопочуття й настрої після статевого акту. Інтерес представляє уточнення часу, умов протікання, особливостей останнього статевого акту.

## **ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

1. Епідеміологія, фактори ризику причини й умови виникнення порушень і девіацій сексуального здоров'я.
2. Прояви і перебіг сексопатологічних порушень.
3. Основні закономірності формування сексопатологічних симптомів і синдромів.
4. Патогенез і класифікація сексуальних розладів, загальні принципи їх лікування і профілактики.
5. Основні прояви сексуальних розладів у жінок та чоловіків.
6. Класифікація статевих розладів. Принципи діагностики сексопатологічних захворювань.
7. Критерії діагностики копулятивних дисфункцій.
8. Сексуальні розлади у чоловіків.
9. Псевдоімпотенція.
10. Психогенний та органічний копулятивний розлад.
11. Змішані сексуальні розлади.
12. Патологічна мастурбація.
13. Сексуальні розлади, обумовлені ендокринними порушеннями.
14. Сексуальні розлади, обумовлені ураженням нервової системи.
15. Сексуальні розлади при психопатії. Сексуальні розлади при неврозах. Сексуальні розлади, обумовлені психічними розладами, алкоголізмом, прийомом наркотиків.
16. Сексуальні розлади, обумовлені урологічними захворюваннями. Сексуальні дисфункції внаслідок гіпоспадії, епіспадії, порушення розвитку статевого члена, захворювань передміхурової залози, приапізму, хвороби Пейроні.

17. Сексуальні розлади, обумовлені серцево-судинними, соматичними захворюваннями, цукровим діабетом.
18. Сексуальні розлади у жінок. Класифікація розладів.
19. Сексуальна дезадаптація.
20. Статева холодність. Психогенні, конституційні, ретардаційні, симптоматичні, діенцефальні, ендокринні, генітально-рецептивні форми сексуальної дисфункції.
21. Гіперсексуальність у жінок.
22. Статеві неврози у жінок.
23. Патологічна мастурбація у жінок.
24. Сексуальні розлади, обумовлені ендокринними порушеннями у жінок.
25. Сексуальні розлади, обумовлені ураженням нервової системи у жінок.
26. Сексуальні розлади при психопатії у жінок. Сексуальні розлади при неврозах. Сексуальні розлади, обумовлені психічними розладами, алкоголізмом, прийомом наркотиків.
27. Сексуальні розлади обумовлені запальними процесами геніталій.
28. Сексуальні девіації. Актуальність проблеми статевих збочень. Поняття фізіологічних проявів в сексології, класифікація перверсій та девіацій; організаційні, медичні та юридичні аспекти проблеми.
29. Психотерапевтична корекція за традиційними та нетрадиційними методами і методиками.
30. Вікові особливості проявів сексуальності. Особливості проявів фізіологічної та сексуально-патологічної поведінки за умов становлення сексуальності дитини. Особливості геронтологічної сексопатології в аспекті сексуальних проявів та адаптації. Діагностика, лікування та профілактика.
31. Судова сексопатологія. Медичні, юридичні, соціальні аспекти сексуальних злочинів. Психотерапевтична і невідкладна медична допомога при сексуальних збоченнях, звабах, зґвалтуваннях (жінок, чоловіків, дітей). Профілактика сексуальних злочинів.
32. Етика та деонтологія в медичній сексології. Психологічні та характерологічні особливості людини з проявами копулятивної дисфункції (жінок, чоловіків, дітей). Основні етичні та деонтологічні прийоми в роботі з сексологічними хворими та їх особливість.
33. Епідеміологія порушень сексуального здоров'я та організації сексологічної допомоги.
34. Семіотика порушень сексуального здоров'я. Симптоми і синдроми сексуальних розладів. Сексуальні комплекси і міфи.
35. Причини та умови розладів сексуального здоров'я. Роль соціальних факторів у генезі порушень сексуального здоров'я. Роль психологічних факторів в генезі порушень сексуального здоров'я. Роль соціо-психологіч-



них факторів в генезі порушень сексуального здоров'я. Роль медико-біологічних (анатомо-фізіологічних) факторів в генезі порушень сексуального здоров'я. Етіологічні фактори і патогенетичні механізми порушень сексуального здоров'я. Порушення мотивації сексуальної поведінки.

36. Психосоматичні співвідношення при порушенні сексуального здоров'я.

37. Класифікація порушень сексуального здоров'я.

38. Діагностика порушень сексуального здоров'я. Методи сексологічного обстеження чоловіків та жінок. Метод визначення рівня психологічної, соціально-психологічної та сексуально-поведінкової адаптації подружжя. Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я.

39. Корекція порушень сексуального здоров'я. Корекція психологічної та соціально-психологічної дезадаптації подружжя. Медикаментозне лікування сексуальних розладів. Фізіотерапія сексуальних розладів. Лікувальна фізкультура. Допоміжні та хірургічні методи лікування.

40. Психопрофілактика порушень сексуального здоров'я та питання деонтології. Система і принципи психопрофілактики. Психопрофілактика сексуальної дисфункції у чоловіків та жінок. Психопрофілактика сексуальної дисгармонії шлюбної пари. Деонтологія в практиці лікаря-сексопатолога.

## **КЛІНІЧНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

1. Від хворого З., 43 роки, який звернувся до сексопатолога з приводу невпевненості в своїх сексуальних здібностях, пішла дружина, у зв'язку з цим знаходиться в субдепресивному стані. Він «природжений песиміст», велику частину часу перебуває в похмурому настрої. Про яку акцентуацію за К. Леонгардом може йти мова в даному випадку?

- А. Гіпертимічну.
- В. Дистимічну.
- С. Педантичну.
- Д. Що застряє.
- Е. Афективно-екзальтовану.

2. Хворий П., 42 роки, звернувся зі скаргами на неможливість здійснення повторних статевих актів в останні 2 роки. З'ясувалося, що його завжди відрізняв піднесений настрій, прагнення до діяльності. Ніколи не втрачав дух навіть у складних життєвих ситуаціях. Про яку акцентуацію за К. Леонгардом мова йде в даному випадку?

- А. Гіпертимічну.
- В. Дистимічну.
- С. Педантичну.

- D. Що застряє.
- E. Афективно-екзальтовану.

3. Мати хлопця, якому виповнилося 16 років, звернулася за допомогою у зв'язку з тим, що її син займається мастурбацією. Під час бесіди з сином з'ясувалося, що він займається мастурбацією з 14 років приблизно 1 раз на тиждень. Початку мастурбації передували нічні полюції. Сексуальний компонент лібідо пробудився в 13 років. Мастурбація кожного разу завершується еякуляцією і оргазмом. Про яку мастурбацію йде мова?

- A. Фрустраційну (фрустраційну псевдомастурбацію).
- B. Періоду юнацької гіперсексуальності.
- C. Ранню допубертатну.
- D. Персевераторно-обсесивну.
- E. Наслідувальну.

4. У хворого, 67 років, який звернувся за допомогою до лікаря-сексопатолога у зв'язку з болями в статевому члені і його викривленням, які мають місце під час його ерекції, при пальпації пеніса були виявлені ділянки ущільнення на його дорсальній поверхні. Встановлено діагноз хвороби Пейроні. Про ураження якою складовою копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.
- C. Ерекційної.
- D. Еякуляторної.
- E. Вегетативної.

5. Хворий Д., 38 років, звернувся за лікувальною допомогою у зв'язку з передчасною еякуляцією. Крім того, у пацієнта мали місце больові відчуття в нижній частині живота, яєчках, промежині і крижах. У результаті проведеного обстеження у нього було діагностовано загострення хронічного простатиту, який, на думку лікаря, і зумовив виникнення названої сексуальної дисфункції. Про ураження якої складової копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.
- C. Ерекційної.
- D. Еякуляторної.
- E. Сенсорної.

6. Хворий Х., 68 років, звернувся за допомогою у зв'язку з гіпоерекцією, яка щоразу виникає через деякий час після початку статевого акту (через 10–15 фрикцій). З'ясувалося, що розлад ерекції розвинувся поступово. Діагностовано вазогенну еректильну дисфункцію, що зумовлена атеросклерозною поразкою судин. Про ураження якої складової копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.
- C. Ерекційної.
- D. Еякуляторної.
- E. Фрикційної.

7. Хворий С., 22 роки, скаржився на передчасну еякуляцію з початку статевого життя (тривалість фрикційної стадії копулятивного циклу складає 5–10 с). Був поставлений діагноз синдрому парацентральної дольки. Про ураження якої складової копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.
- C. Ерекційної.
- D. Еякуляторної.
- E. Резидуальної.

8. Хворого, 26 років, привела на прийом до сексопатолога дружина. На її думку, у її чоловіка «слабка сексуальна потреба» і «недостатня твердість статевого члена». Була діагностована конституціональна форма сексуального розладу. Про ураження якої складової копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.
- C. Ерекційної.
- D. Еякуляторної.
- E. Оргастичної.

9. Хворий В., 64 роки, звернувся за медичною допомогою у зв'язку з ослабленням лібідо і значним зниженням сексуальної активності. При активному розпитуванні виявлено, що лібідо знижувалося поступово. Встановлено діагноз сексуальної інволюції. Про ураження якою складовою копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.
- C. Ерекційної.
- D. Еякуляторної.
- E. Оргастична.

10. У хворого Л., 35 років, що звернувся за лікувальною допомогою з приводу ослаблення ерекції і передчасної еякуляції, була діагностована неврастенія, котра і зумовила виникнення сексуального розладу. Про ураження якої складової копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.

- C. Ерекційної.
- D. Еякуляторної.
- E. Резидуальної.

11. Хвора Л., 27 років, звернулася за лікувальною допомогою у зв'язку з огидою до сексуальних відносин зі своїм чоловіком. Це порушення, як з'ясувалося, обумовлене диссоціативним розладом. Про ураження якої складової копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.
- C. Геніто-сегментарної.
- D. Фрикційної.
- E. Резидуальної.

12. Хворий Н., 45 років, звернувся за допомогою у зв'язку з постійною наявністю тривожного побоювання сексуальної невдачі. Було діагностовано ананкастний розлад особистості з синдромом тривожного очікування сексуальної невдачі. Про ураження якої складової копулятивного циклу йде мова?

- A. Нейрогуморальної.
- B. Психічної.
- C. Ерекційної.
- D. Еякуляторної.
- E. Оргастичної.

13. Хворий Д., 33 роки, після одного з гіпнотичних сеансів розповів, що під час його проведення відчував невелику сонливість, м'язове розслаблення і легку дрімоту. Яка з названих стадій гіпнозу за Форелем відповідає стану, в якому знаходився пацієнт?

- A. Гіпотаксія.
- B. Сонливість.
- C. Сомнабулізм.
- D. Сопор.
- E. Сугестія.

14. При проведенні гіпносуггестивної терапії хворій Т., 37 років, лікар підняв її руку, яка до цього лежала на кушетці. Коли він її відпустив, то кінцівка не повернулася в початкове положення і як би зависла. Коли лікар, не виводячи хвору з гіпнотичного стану, попросив її встати з ліжка і почати ходити, то вона даної інструкції не виконала. Яка з названих стадій гіпнозу за Форелем відповідає стану, в якому знаходилася пацієнтка?

- A. Сонливості.
- B. Сомнабулізму.
- C. Гіпотаксії.

- D. Сопор.
- E. Сугестія.

15. При проведенні гіпносуггестивної терапії хвору попросили встати з кушетки, розплющити очі, підійти до свого чоловіка, якого вона бачить (насправді чоловіка в кабінеті не було), а потім знов лягти і закрити очі, що вона і зробила. Яка з названих стадій гіпнозу за Форелем відповідає стану, в якому знаходилася пацієнтка?

- A. Сонливість.
- B. Гіпотаксія.
- C. Сомнабулізм.
- D. Сопор.
- E. Сугестія.

16. У комплексному лікуванні хворого З., 23 роки, з метою корекції сексуального розладу було використано аутогенне тренування, що складається з трьох вправ («Розслаблення м'язів», «Тепло в області сонячного сплетення, що струмує у низ живота (до лобка і кореня члена)», «Тепло у всьому члені»). Хто автор модифікації аутогенного тренування, яку було застосовано для лікування?

- A. Андріанов.
- B. Кочарян.
- C. Беляєв.
- D. Кришталь.
- E. Ворнік.

17. За консультацією звернувся молодий чоловік, 26 років, що не може одружитися, бо має труднощі у спілкуванні з особами жіночої статі. У бесіді з пацієнтом вдалося з'ясувати, що він з дитинства нетовариський, веде відокремлений спосіб життя, надає перевагу не спілкуванню з людьми, а читанню книг і спогляданню природи. Який ваш попередній діагноз?

- A. Тривожний (що ухиляється) розлад особистості.
- B. Параноїдний розлад особистості.
- C. Істеричний (демонстративний) розлад особистості.
- D. Шизоїдний розлад особистості.
- E. Ананкастний розлад особистості.

18. За консультацією звернулася мати В., 22 роки, яка привела його на прийом до лікаря. Вона розповіла, що він веде «розпусний» спосіб життя, вдаючись до веселості і насолоди. Він дуже часто міняє своїх сексуальних партнерок, не зважає на соціальні норми. Ні до однієї зі своїх сексуальних партнерок ніколи не мав якихось глибоких почуттів. Який ваш діагноз?

- A. Емоційно нестійкий розлад особистості.
- B. Параноїдний розлад особистості.

- C. Істеричний (демонстративний) розлад особистості.
- D. Шизоїдний розлад особистості.
- E. Диссоціальний розлад особистості.

19. За консультацією звернулася жінка, 30 років, яка розповіла, що з початку заміжжя (з 25 років) її інтимні відносини з чоловіком склалися неблагополучно. Під час сексуальних контактів він завжди дуже грубий, часом навіть жорстокий, що виражається в укусах, щипках і нанесенні її стусанів, від чого він сильно збуджується. Яку патологію можна запідозрити у чоловіка цієї жінки?

- A. Емоційно нестійкий розлад особистості.
- B. Параноїдний розлад особистості.
- C. Істеричний (демонстративний) розлад особистості.
- D. Шизоїдний розлад особистості.
- E. Диссоціальний розлад особистості.

20. Хворий Д., 48 років, пред'явив скарги на зниження ерекції. З приводу сексуального неблагополуччя лікувався наполегливо і тривало. Добивався консультації у найвідоміших фахівців, оскільки постійно скаржився в Міністерство охорони здоров'я на недостатній професіоналізм лікарів. Порушень психотичного рівня під час обстеження не виявлено. Який ваш діагноз?

- A. Емоційно нестійкий розлад особистості.
- B. Шизоїдний розлад особистості.
- C. Параноїдний розлад особистості.
- D. Залежний розлад особистості.
- E. Істеричний (демонстративний) розлад особистості.

21. Хворий С., 22 роки, неодружений. Звернувся зі скаргами на невпевненість у своїх сексуальних можливостях. Патології з боку урологічної сфери, неврологічного і андрологічного статусу виявлено не було. Спостереження за пацієнтом під час обстеження виявило у нього підвищену тривожність, невпевненість в собі, схильність до сумнівів і легкого виникнення різних нав'язливостей. Який ваш попередній діагноз?"

- A. Шизоїдний розлад особистості.
- B. Параноїдний розлад особистості.
- C. Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості.
- D. Залежний розлад особистості.
- E. Істеричний (демонстративний) розлад особистості.

22. У хворого З., 43 роки, має місце різке зниження статевого потягу, передчасна еякуляція, ослаблені ерекції, «стертий» оргазм. Описаний стан виник 1,5 місяці тому без психотравмуючих впливів і за часом співпав з різким зниженням настрою, думками про нікчемність свого існування,

а також необхідність покінчити життя самогубством. Який ваш психіатричний діагноз?

- A. Дистимічна акцентуація.
- B. Неврастенія.
- C. Депресивний епізод.
- D. Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості.
- E. Іпохондричний розлад.

23. Хворий П., 38 років, скаржився на відсутність повноцінного оргазму. Пояснив це «нерозпізнаним» раком правого яєчка, який сам у себе діагностував. Розробив свій власний метод лікування, який полягав в попереминому зануренні яєчок в холодну воду, а потім в гарячу, чому передувало введення всередину тестикул горілки. Який ваш діагноз?

- A. Шизоїдний розлад особистості.
- B. Параноїдний розлад особистості.
- C. Шизофренія.
- D. Істеричний (демонстративний) розлад особистості.
- E. Біполярний афектний розлад.

24. У службовця Д., 38 років, раптово різко змінилася поведінка вдома і на роботі. Став дуже діяльним, енергійним. Почав розповідати сальні анекдоти, загравати з багатьма зі співробітниць. Почалася нескінченна зміна партнерок. Його настрої був у весь час піднесеним, відмічав що статева активність значно зросла, ерекції з'являлися частіше і з найнікчемнішого приводу, а оргастичні відчуття стали інтенсивнішими. Який ваш діагноз?

- A. Шизофренія.
- B. Маніакальний епізод.
- C. Істеричний розлад особистості.
- D. Гіпертимічна акцентуація.
- E. Параноїдний розлад особистості.

25. За консультацією звернулася жінка, яка розповіла, що її син відкрито займається онанізмом і абсолютно не соромиться цього. Йому 18 років, ніде не працює, інвалід дитинства. Рівень його розумових здібностей не дозволив йому займатися навіть в допоміжній школі, хоча таку спробу було зроблено. Який ваш діагноз?

- A. Асоціальний розлад особистості.
- B. Шизофренія.
- C. Розумова відсталість.
- D. Емоційно нестійкий розлад особистості.
- E. Неврастенія.

26. Хворий Д., 26 років, звернувся зі скаргами на дратівливість, запальність, розлади сну, загальну слабкість, підвищену стомлюваність,

непереносимість гучних звуків і яскравого світла, сексуальні порушення, які проявляються у зниженні адекватних і спонтанних ерекцій та ослабленому статевому потязі. Вказані явища з'явилися після напруженої праці в умовах конфліктної ситуації. Який ваш діагноз?

- А. Диссоціативний розлад (істеричний невроз) .
- В. Емоційно нестійкий розлад особистості.
- С. Неврастенія.
- Д. Астено-невротичний тип акцентуації (за Лічко).
- Е. Тривожний (що ухиляється) розлад особистості.

27. Хворий В., 23 роки, скаржився на зникнення напруги члена при спробах ввести його у піхву. Разом з тим зазначає, що під час прелюдії напруга члена завжди повна. Спонтанні ерекції збережені. При опитуванні вдалося з'ясувати, що у вирішальний момент у пацієнта має місце емоційна напруга, а його увага фіксована на напрузі члена. Який ваш діагноз?

- А. Невроз очікування невдачі (тривожно-фобічний розлад).
- В. Неврастенія.
- С. Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості.
- Д. Диссоціативний розлад (істеричний невроз).
- Е. Емоційно нестійкий розлад особистості.

28. Хворий Ф., 27 років, скаржився на статеву функцію, яка «порушилася». Крім того, зазначає, що його турбують неприємні відчуття в яєчках. Вказані порушення розвинулися рік тому, коли прочитав брошуру, де повідомлялося про «загрозливі наслідки мастурбації». Став спостерегати за ерекцією. Відмітив появу неприємних відчуттів в яєчках. При обстеженні: ознаки розладу психотичного рівня відсутні. Який ваш діагноз?

- А. Неврастенія.
- В. Іпохондричний розлад.
- С. Тривожно-фобічний розлад.
- Д. Диссоціативний розлад (істеричний невроз).
- Е. Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості.

29. Хворому 62 роки. Скарги на дизуричні явища, у тому числі труднощі при сечовипусканні, сексуальні дисфункції (ослаблення ерекції, послаблення статевого потягу й оргазму). Передміхурова залоза значно збільшена у розмірах, шаровидної форми, тугоеластична, безболісна при пальпації, борозна згладжена. Який ваш діагноз?

- А. Мовчазний простато-везікулізм.
- В. Застійна передміхурова залоза.
- С. Хронічний простатит.
- Д. Атонія передміхурової залози.
- Е. Аденома передміхурової залози.



30. Хворому 38 років. Скарги на ослаблення спонтанних та адекватних ерекцій протягом 2 років. Одружений, з дружиною стосунки теплі. Багато курить, алкоголь не вживає. Хворіє на облітеруючий ендартеріїт. Об'єктивно: статеві органи без патології. Необхідно провести:

- A. Дослідження секрету передміхурової залози.
- B. Гормональні дослідження.
- C. Реофалогографію.
- D. Енцефалолографію.
- E. Уретрографію.

31. Хворому 43 роки. Має місце ослаблення адекватних та спонтанних ерекцій, які супроводжуються болем у статевому члені, його викривленням під час ерекції. Хворіє протягом 3 років. З дружиною стосунки теплі. Об'єктивно: на тілі статевого члена ущільнення розміром 0,5x1,0 см. Який ваш діагноз?

- A. Хвороба Пейроні.
- B. Уявне сексуальне порушення.
- C. Неврастенія.
- D. Вазогенна сексуальна дисфункція.
- E. Іпохондричний розлад.

32. Хворому 30 років. Відзначає ізольоване прискорення еякуляції. Більше ніяких жалоб немає. В анамнезі сексуальні фрустрації, великі та часті перерви у статевому житті. Пальпаторно: збільшення, напруженість і легка хворобливість простати, зглаженість її міждольової борозни, підвищення її тургору. Під час масажу простати виходить велика кількість її секрету. Який ваш попередній діагноз?

- A. Мовчазний простато-везикуліт.
- B. Застійна передміхурова залоза.
- C. Гострий інфекційний простатит.
- D. Атонія передміхурової залози.
- E. Аденома передміхурової залози.

33. Хворому 31 рік. Скарги на передчасну еякуляцію (настає приблизно через 0,5 хв.). Лікувався в уролога, який встановив діагноз хронічного простатиту. Об'єктивно: простата зменшена у розмірах, розм'якшена, безболісна при пальпації, долі однакової величини, борозна зглажена. Який ваш попередній сексологічний діагноз?

- A. Синдром парацентральної доли.
- B. Конституціонально-генетична сексуальна дисфункція.
- C. Паторефлекторна сексуальна дисфункція.
- D. Абстинентна сексуальна дисфункція.
- E. Вторинна патогенетична форма передчасної еякуляції.

34. Хвора Д., 23 роки, звернулася зі скаргами на відсутність оргазму при статевих стосунках із чоловіком. Звинувачує чоловіка у тому, що він звертає увагу на інших жінок, які, з її слів, у «красі з нею конкурувати ніяк не могли», перестав дарувати подарунки, робити компліменти. Відмічає, що при різних життєвих незгодах у неї часто виникає «грудка в горлі», неприємність, а одного разу навіть осліпла на нетривалий час. Який ваш діагноз?

- А. Емоційно нестійкий розлад особистості.
- В. Параноїдний розлад особистості.
- С. Істеричний (демонстративний) розлад особистості.
- Д. Шизоїдний розлад особистості.
- Е. Ананкастний розлад особистості.

35. Хвора З., 24 роки. У 16 років гостро розвинувся такий стан: відмовилася від їжі, перестала спати, стала дратівливою, говорила про якісь «каверзи», «знаки», кривилася перед дзеркалом. Була поміщена в психіатричну лікарню, де висловлювала маревні ідеї переслідування. У лікарні пробула близько півроку. Був проведений курс інсулінотерапії. Який ваш діагноз?

- А. Шизоїдний розлад особистості.
- В. Параноїдний розлад особистості.
- С. Шизофренія.
- Д. Істеричний (демонстративний) розлад особистості.
- Е. Біполярний афективний розлад.

36. Який діагноз можна припустити у жінки 48 років, яку з того часу без якої-небудь зовнішньої причини, у тому числі і психотравмуючих дій, почали турбувати приливи жару до обличчя, верхньої половини тулуба, які супроводжуються почервонінням шкіри, підвищеною пітливістю, серцебиттям, запамороченням, потемнінням в очах, пульсацією в голові, іноді болем в області серця, відчуттям браку повітря, задишкою?

- А. Неврастенія.
- В. Патологічний клімакс.
- С. Емоційно нестійкий розлад особистості.
- Д. Диссоціативний (конверсійний) розлад (істеричний невроз).
- Е. Іпохондричний розлад.

## 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 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 home 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](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

## **КЛІНІЧНА СЕКСОЛОГІЯ**

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 60x84/16. Ум. друк. арк. 2,98. Наклад 50 пр. Зам. № 95/23.

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