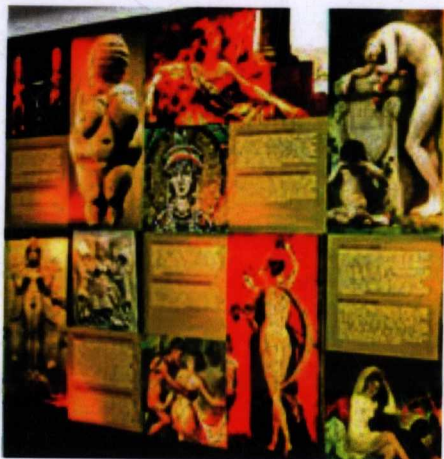


20 59

О.В.ФЕДИК



Психологічні основи сексуальності:

*Матеріали для самопідготовки
до семінарських занять*

для студентів спеціальності «Психологія»

2

4ed.

**Міністерство освіти і науки України
Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника**

О.В. ФЕДИК

**Матеріали для самопідготовки
до семінарських занять**

для студентів спеціальності «Психологія»



НБ ПНУС



790135

Івано-Франківськ,

2010

ББК 88 159
Д.44

Ф 32

Рецензенти:

В.П.Москалець - доктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри загальної та експериментальної психології
Прикарпатського національного університету імені Василя
Стефаника

Б.М.Грицуляк - доктор медичних наук, професор, завідувач
кафедри анатомії та фізіології людини та тварини

Прикарпатського національного університету імені Василя

Стефаника

імені Василя Стефаника

кор. 02125246

НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

Інв. №

79 01 35

Рекомендовано Вченою радою філософського факультету
Прикарпатського національного університету імені Василя
Стефаника протокол № від 2010 р.

Психологічні основи сексуальності: матеріали для
самопідготовки до семінарських занять для студентів
спеціальності «Психологія» /Редагування та упорядкування
О.В.Федик. – Івано-Франківськ: Плай, 2010. – 163 с.

Методичне видання має за мету оптимізувати самопідготовку
студентів до семінарських занять з дисципліни «Психологічні основи
сексуальності», включає підбірку теоретичних матеріалів в галузі
психології сексуальності, питань для самоконтролю, перелік
рекомендованої літератури до вивчення курсу.

ЗМІСТ

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА	6
Тема 1. ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ ВИВЧЕННЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ	7
ДОІСТОРИЧНИЙ ЕТАП	9
ЕТАП СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА НАКОПИЧЕННЯ ЗНАТЬ ІЗ ПРОБЛЕМ СЕКСУАЛЬНОСТІ	10
ЕТАП ФОРМУВАННЯ ДОСЕСОЛОГІЧНИХ ЗНАТЬ ІЗ ПСИХОЛОГІЇ СЕКСУАЛЬНОСТІ	19
ЕТАП ФОРМУВАННЯ СЕКСОЛОГІЧНИХ ЗНАТЬ	20
РОЗВИТОК ВІТЧИЗНЯНОЇ СЕКСОЛОГІЇ	24
Тема 2. ЗАКОХАНІСТЬ І КОХАННЯ. ШЛЮБНІ СТОСУНКИ	28
ТИПИ КОХАННЯ (що залежать від об'єктів любові)	30
ОСНОВНІ ФУНКЦІЇ СІМ'Ї	35
ПСИХОЛОГІЧНІ ТИПИ СЕКСУАЛЬНИХ ПАРТНЕРІВ	40
СТАДІЇ РОЗВИТКУ ШЛЮБУ	41
Тема 3. РОЗВИТОК СЕКСУАЛЬНОСТІ ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ	50
ПАРАПУБЕРТАТНИЙ ПЕРІОД	50
Психосексуальний розвиток за З.Фрейдом	51
Психосоціальний розвиток дитини за Е.-Г.Еріксоном	54
Психологічні аспекти сексуальності дитини у парапубертатному періоді	57
ПЕРЕДПУБЕРТАТНИЙ ПЕРІОД	57
Психосексуальний розвиток дитини за З.Фрейдом	58
Психосоціальний розвиток дитини за Е.-Г.Еріксоном	58
Психологічні аспекти сексуальності у передпубертатному періоді	59

ПУБЕРТАТНИЙ ПЕРІОД.....	61
Психосексуальний розвиток особистості у пубертатному періоді за З.Фрейдом.....	61
Психосоціальний розвиток особистості у пубертатному періоді за Е.Г.Еріксоном.....	62
Психологічні аспекти сексуальності у пубертатному періоді.....	64
Сексуальні фантазії та мастурбації у пубертатному періоді.....	67
ПЕРІОД СТАТЕВОЇ ЗРІЛОСТІ.....	67
Психосоціальний розвиток особистості у період статевої зрілості за Е.-Г.Еріксоном.....	67
Психологічні аспекти сексуальності у період статевої зрілості.....	69
ІНВОЛЮЦІЙНИЙ ПЕРІОД.....	76
Психосоціальний розвиток особистості в інволюційному періоді за Е.-Г.Еріксоном.....	76
Психологічні аспекти сексуальності у в інволюційному період.....	77
Тема 4. СОЦІОКУЛЬТУРНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЧОЛОВІЧОЇ Й ЖІНОЧОЇ СЕКСУАЛЬНОСТІ.....	81
СОЦІОКУЛЬТУРНІ АСПЕКТИ СЕКСУАЛЬНОСТІ.....	81
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕКСУАЛЬНОСТІ.....	88
Тема 5. ЧОТИРИФАКТОРНА СИСТЕМНА КОНЦЕПЦІЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я.....	96
РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ У ГЕНЕЗІ ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я.....	101
МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ.....	107
Тема 6. ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СИСТЕМА ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ.....	116
ПСИХОПРОФІЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ І	

ЖІНОК.....	119
ПСИХОПРОФІЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСГАРМОНІЇ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ.....	123
Тема 7. ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОЇ САМОСВІДОМОСТІ.....	126
ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	130
ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОЇ ПЕРЕВАГИ.....	131
ВИХОВАННЯ У ДІТЕЙ СТАТЕВОЇ САМОСВІДОМОСТІ.....	138
Тема 8. ПСИХОГЕННІ СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ.....	140
ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ СЕКСУАЛЬНОГО ЖИТТЯ ЖІНКИ.....	145
ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ СТАТЕВОГО ЖИТТЯ ЧОЛОВІКА.....	149
Тема 9. ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ СЕКСОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ТА ЛІКУВАННЯ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ.....	154
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ СЕКСУАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ.....	156
ТЕРАПІЯ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ.....	158
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.....	162

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Як і в будь-яких випадках, від недостатнього і тому погано використуваного знання є лише один захист – знання повніше.

Станіслав Лем

Сексологія – предмет загальноцікавий, крім того, сьогоднішні студенти, незалежно від профілю їх вузу – це завтрашні батьки і вихователі. У професійному плані цей предмет потрібен перш за все майбутнім вчителям, психологам, культурологам, юристам і соціальним працівникам.

Багатоманітність психічного життя людини пов'язана з її самореалізацією в інтимній сфері. Гармонійність, повноцінність її статевого життя взаємопов'язані із здатністю розуміти себе, самодостатністю, буттєвим оптимізмом в усіх вимірах життєдіяльності, знання психічних механізмів і закономірностей, які обумовлюють сексуальну поведінку особистості. Такі знання допомагають краще розуміти і відчувати партнера, легше долати різноманітні кризи. Нагромадженням, систематизацією таких знань займається психологія сексуальності.

Даний посібник покликаний оптимізувати процес підготовки студентів до семінарських занять. Він включає матеріали, які висвітлюють окремі теоретичні питання тем, що виносяться на семінарські заняття. Зокрема увага приділяється формуванню і розвитку знань з психології сексуальності, розвитку сексуальності протягом життя, кохання та шлюбним стосункам. Також коротко розкриваються причини та форми сексуальних розладів та їх терапія.

Автор подає необхідну інформацію про сучасний стан та актуальні проблеми наукових знань з сексології. Прагнучи уникнути критичного аналізу проблемних питань сексології, висвітлює здебільшого апробовані наукою та практикою дані.

Відповідно до поданого матеріалу передбачається розвиток проблемного підходу до осмислення поданого матеріалу, що має на меті розвинути самостійність інтелектуальних пошуків студентів.

ТЕМА 1. ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ ВИВЧЕННЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник.-К.:Арістей,2003.-С.29-54.

Запитання та завдання:

1. *Обґрунтуйте зв'язки психології сексуальності з іншими галузями психологічної науки.*
2. *Розкрийте вплив стародавніх суспільств на формування та розвиток сексуальності людини.*
3. *Охарактеризуйте зміни у розумінні питань сексу, які відбулися під впливом наукових досягнень (З.Фрейд, А.-Ч.Кінзі,В.-Х.Мастерс і В.Джонсон).*
4. *Проаналізуйте розвиток вітчизняних досліджень сексуальності.*

Вивченням інтимного життя і сексуальних стосунків людини в усіх їхніх проявах: психологічному, соціальному, педагогічному, етично-моральному, правовому, етнографічному, медичному, релігійному та ін. займається наука сексологія. **СЕКСОЛОГІЯ** (лат. *sexus* – стать і *logos* – вчення, слово) – це міждисциплінарна галузь наукових досліджень та знань про статеve життя людини.

У більшості випадків дослідженнями у цій галузі займаються медичні працівники, які іноді нехтують іншими проявами сексології, ніж медичними, забуваючи при цьому, що порушення сексуальних взаємин або сексуального здоров'я можуть виникати на фоні соціально-культурної відмінності між партнерами або різного середовища виховання.

За останні роки сексологія у більшому ступені стала наукою про фізіологію та патологію міжлюдських відносин, ніж наукою про фізіологію та патологію сексуальних функцій, коли сексуальні функції грають інструментальну роль по відношенню до міжлюдських зв'язків. Інтимне життя людини обумовлене не тільки взаємозв'язком біологічних та психологічних факторів, але й підпадає під вплив соціально-культурного середовища. Здавна вплив у вигляді забобонів, заборон, хибних уявлень про норму й інше шкідливо відображувався на інтимному та сексуальному житті. Тому довге несприйняття сексуальності людини і розуміння його як чогось непристойного гальмувало вивчення цієї сфери людського життя, а

також приводило до виникнення численних помилкових тлумачень та висновків, які у свідомості людей ставали істинами. Інтимні стосунки людей постійно були під тиском поглядів та суджень, які зовсім не ґрунтувалися на наукових знаннях або об'єктивних чинниках. Крім цього, ні в одній із галузей науки, як у сексології, не виникало і не розповсюджувалося такого великого числа псевдонаукових тверджень і тлумачень, які не підкріплювалися науковими аргументами. Ні в одній із сфер науки не було стільки перекручень, які виникали на базі різниці між моделлю та прикладами з життя, між мораллю, яка проповідується, та реальною поведінкою людей. Усе це гальмувало наукову обробку накопиченої сексологічної інформації. Складність проблем, які вивчаються, була в тому, що виникав необґрунтований опір "суспільної думки". Треба ще відмітити, що досягнення у вивченні сексології іноді перекручувалися тому, що дослідники знаходилися під впливом своїх емоційних упереджень або суспільного впливу.

Розвиток сексології не уникнув помилок, які свого часу направили по неправильному шляху її основні напрямки. Серед науковців був узятий напрямок на відновлення сексуальних функцій і при цьому роль почуттів недооцінювалася. Ця механістична концепція направила розвиток сексології на шлях надмірних захоплень створення протезів та засобів, що замінюють фізіологічний процес і викликають ілюзію сексуального життя, а не досягнення у людей справжніх переживань.

На початку свого розвитку сексологія орієнтувалася на біологічні аспекти сексуальності. У наш час переважає підхід, у рамках якого сексуальність зводиться до акту насолоди і розглядається як засіб для збереження психічного здоров'я. В залежності від тої мети, що ставить перед собою людина, і виникає у неї сексуальна поведінка. Із самого свого виникнення, починаючи з перших своїх дослідників, сексологія переважно розглядалася і вивчалася як сексопатологія. Нормальна сексуальна поведінка ще не була усвідомлена як проблема, що потребує пояснення. До її вивчення підходили поступово, головним чином через дослідження аномалій і варіацій, які зустрічалися у клінічній практиці та в побуті.

Клінічна сексологія на початку ХХ століття орієнтувалася на норму як еталон, але показники в більшій мірі відповідали вимогам офіційної моралі того суспільства, в якому знаходилися вчені. Тому вона не могла бути єдиним джерелом теоретичної сексології. Наукова

сексологія виходить за кордони клініки та займається вивченням поведінки, фізіології і мотивації нормальних, звичайних людей у природних умовах їх життя.

Для того, щоб мати інформацію про поведінку людей поза клінікою вчені почали масові опитування населення, а здобуту інформацію видавали у наукових журналах та в доповідях. Це сприяло становленню сексології на позиції системного підходу до предмета дослідження, який щільно пов'язує фізіологічні, клінічні та соціально-психологічні методи і прийоми.

Розвиток усякої науки завжди зустрічається з недовірою до нового, тому що воно може заперечувати старі канони. Це дуже помітно в такій галузі, як вивчення сексуального життя людини. Застосування нових методів дослідження в сексології та одержані з їх допомогою дані в більшості спростовували укорінені у свідомості уявлення, що природно викликало критику та протест.

Сучасна сексологія, яка почалася в середині 40-х років ХХ століття, веде дослідження сексуальних стосунків по трьох основних напрямках: соціально-культурному, психологічному і біологічно-медичному.

В історичному аспекті розвитку знань про сексуальність людини та її стосунки, про становлення сексології та сексопатології як науки можна умовно виділити 4 основні етапи.

ДОІСТОРИЧНИЙ ЕТАП

Для цього періоду характерно те, що зібрано небагато інформації про сексуальне життя доісторичних людей. Але ті знання, що накопичилися у науці, свідчать, що первісна людина не була байдужа до сексуальної сфери. Наскальні малюнки раннього палеоліту (1 млн. до н. е.), коли наступив перший етап розвитку людської культури, показують, що первісна людина мала уяву про любов та смерть і пов'язувала ці два поняття з життям. У більш пізні періоди палеоліту на малюнках з'являються елементи сексуальності. Якраз у цих умовах увагу звертали не на поведінку, пов'язану з сексуальним збудженням, а на таємничі явища запліднення, збереження та примноження потомства для забезпечення продовження роду людського. Первісна людина була небайдужа до значних розмірів тіла партнера, а сексуальний контакт вона відображала у своїх ритуалах. У наших древніх предків не було окремої сім'ї. В умовах вільних стосунків між

чоловіком та жінкою відома була тільки мати дитини, тому рід передавався по жіночій лінії. Шлюбні взаємини були стихійні і неурегульовані. Статеві зв'язки носили безладний характер. Кожний чоловік міг мати статеві контакти з будь-якою жінкою, і навпаки, кожна жінка – з будь-яким чоловіком. З часом суспільний розвиток поступово обмежував інстинкти, хазайські інтереси вимагали утворення постійної сім'ї.

При родовому устрої з'явилися соціальне контрольовані статеві стосунки у формі групового шлюбу, при якому усі чоловіки однієї родової групи мали можливість вступати у статеві контакти з усіма жінками іншої родової групи. На певному етапі груповий шлюб перейшов у парний, який об'єднував двох - жінку і чоловіка. Існували три види парного шлюбу: матрилокальний, при якому чоловік переходив жити до роду жінки; патрилокальний, при якому жінка переходила у рід чоловіка; дислокальний, коли подружжя залишалося жити у своєму роді. Наведені шлюби були не довговічні і розривалися без ускладнень.

Поряд з виникненням парного шлюбу, зберігався і груповий у вигляді багатощлюбності – полігамії (багатомужжя – поліандрія, багатоженство – полігінія). У географічних районах, де головним заняттям були мисливство та рибальство, частіше за всього зустрічалося багатомужжя, а жінка була охоронцем сімейного вогнища, мала велику владу над своїми чоловіками і дітьми (матріархат). Там, де переважало землеробство і скотарство, переважало багатоженство, при якому чоловік вважався головою сім'ї зі всіма повноваженнями влади (патріархат).

Після розпаду родового суспільства остаточно ствердився моногамний шлюб, який поєднав чоловіка і жінку в інтимних й економічних взаєминах, закріпив обов'язки спільно виховувати дітей і забезпечувати матеріальний добробут сім'ї.

ЕТАП СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА НАКОПИЧЕННЯ ЗНАТЬ ІЗ ПРОБЛЕМ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Цей період став базою для подальшого розвитку знань про сексуальність людини і про все, що пов'язане з цим. У стародавні часи в культурах Сходу та Заходу піднімалися питання про цінність сексуальності, давалася характеристика сексуальної поведінки з філософсько-етичного, релігійного і сексуального поглядів,

описувалися цікаві медичні, природничо-наукові та правові питання сексуальності, зокрема сексуальні звичаї різних народів.

Стародавні культури Заходу. Древні греки дуже цінили красу тіла та душі: головною метою виховання людини була гармонія, повнота особистості, уміння бути красивим та великодушним, їх боги були голими та прекрасними, їх фігури естетично досконаліми та гармонійними. Фалос трактувався не як соромна частина тіла, а як символ родючості та боротьби з ворожою силою.

Вплив грецької міфології на подальший розвиток сексології особливо проявляється у запозиченні назв для позначення відповідних статевих органів, функцій або сексуальних розладів. Так, жіночі геніталії у літературу ввійшли під назвою "раквини Афродіти" (міф. – раковина символізує таємницю запліднення, а Афродіта народилася з піни морської). Жіночий клітор здобув свою назву від імені дочки царя Мірмідона Кліторіс. Вона була настільки малого зросту, що Зевс для зближення з нею перетворився у мурашку.

У стародавній Греції узагальненню не підлягали тільки заміжні жінки. Але була ціла група жінок, яка належала одночасно усім громадянам, в тому числі і жонатим. "Ми беремо дружину, щоб мати законних дітей і мати хазайку в домі, ми тримаємо рабинь-наложниць для послуг собі і догляду кожного дня, гетери правлять для кохання та насолоди", – казав Демосфен. При цьому поведінка гетер не засуджувалася, а багато з них були подругами видатних письменників, філософів, художників, державних та громадських діячів. Це було зручно для них, бо такі зв'язки не порушували формальної одношлюбності. До послуг чоловіків були ще і гіеродули – священні рабині у храмах. Ці жриці Афродіти, богині кохання, з дитинства навчалися співу, танцям, грі на арфі. Часто храми одержували таких рабинь у подарунок від заможних громадян.

Почин впровадженню законів про міжстатеві взаємини поклав ще у VI столітті до н. е. правитель Афін, законодавець та політик Солон, який провів реформу, за якою була впроваджена проституція як суспільний інститут. Для цього він купив кілька десятків рабинь та "виставив їх для загального користування за доступну платню в один обол" (найдрібніша монета того часу). Сучасники Солона схвалили його за цю дію, бо дорктеріон (дім розпусти) не тільки приносив великий прибуток місту, але й відволікав чоловіків від наполегливого залицяння, охороняючи честь заміжніх жінок.

Серед греків гомосексуальні стосунки були як би проявом схильності до зв'язку з естетикою, етикою, інтелігентністю та мужністю. За їх міфами, серед богів була розвинута педерастія (Ялнос був коханцем Геркулеса). Тільки у IV ст. н. е. римський імператор Костянтин впровадив смертну кару за гомосексуалізм.

Серед філософів стародавності проблеми сексуальних стосунків розглядалися з етичної точки зору. Прирівнювання до богів визначалося ставленням до статі та сексу, що показувалося у древньогрецькій літературі. Важливість сексуальних мотивів виділялося у поемах Гомера, у ліриці Сафо, у античній комедії, в еротичних романах.

Найбільше значення богу кохання Еросу надавав Платон. Він стверджував, що кохання фізичне, сексуальне та краса людського тіла – це необхідність для досягнення вищого духовного кохання та духовного єднання. Такий вислів, як "платонічне кохання" – кохання без елементів сексуальності, чисто духовне, яке з'явилося в роки середньовіччя, є результатом неправильної інтерпретації його філософії.

Платон виділяв чисто фізичний статевий акт і сексуальність, при цьому оспівував пристрасть та сексуальну насолоду як джерело поетичного та філософського натхнення. Але він не вважав відмінність статі необхідною умовою для виникнення кохання або сексуального зв'язку. Він виступав за скасування моногамної сім'ї, введення спільних жінок та державну систему виховання дітей, відокремлених від батьків. У своєму славнозвісному рукописі "Держава" він проголошував: "Усі жінки повинні бути загальними, а окремо ні одна ні з ким не має права співжити. І діти теж повинні бути загальними, і хай батько не знає, яка дитина його, а дитина – хто її батько". Позбавлені сім'ї та власності, люди, вважав Платон, будуть ідеальними громадянами ідеальної держави.

Аристотель виступав проти вчення Платона, рекомендуючи поступати відповідно до законів розуму, стримувати свої пристрасті. Він вивчав явища, пов'язані із заплідненням та сексуальними відхиленнями.

Серед древніх філософів Греції були два основоположники теорії гедонізму. Це Арістипп (435-355 р. до н. е.), який вважав, що насолода – єдине щастя, мета життя та головний мотив людських вчинків, та Епікур (341-270 р. до н. е.), за яким насолода та щастя в здоровому самопочутті, в постійному відчутті свободи та власної незалежності.

Засновник лікарського мистецтва Гіппократ приділяв багато уваги у вивченні нормального статевого акту, його впливу на здоров'я людини. За його теорією, часті статеві акти зміцнюють та збільшують статевий член, а в разі сексуального стримування його розміри зменшуються. При статевому акті між чоловіком та жінкою виникає благотворний обмін рідиною, яка впливає на зміцнення здоров'я. Його концепція *герокомії*, за якою чоловік стає молодшим, маючи статевий зв'язок з молодими дівчатами. При погляді на гомосексуалізм, Гіппократ підтримував точку зору, що мужність та позитивні якості дорослого чоловіка через його сперму передаються підліткам.

Звички та громадські стандарти в Древньому Римі на початку правління імперії склали тип духу воїна, який у прямому та переносному значенні захищав ідеал та моральність. Але вплив східних народів, де сексу відводилося значне місце, спричинив падіння суспільства до моральної деградації. З ростом багатства імперії та посилення влади імператора все більш буденним ставали сексуальні ексцеси та оргії у вищих соціальних верствах. Сексуальні ігрища проходили у спеціальних помешканнях з пишними банкетами. З допомогою проведених досліджень залишків міста Помпеї можна стверджувати, що у римлян був високий матеріальний рівень та багате еротичне мистецтво.

У своїх витворах римляни не відокремлювали естетичні цінності від еротичних. Культом богині Вести була невинність. Дефлорація проводилася як ритуал з допомогою статуетки бога Пріапа. Незайману дівчину не можна було засуджувати до смертної кари. Проте, коли хотіли покарати смертною карою, то кат привселюдно її гвалтував, а потім відрубав голову.

Літературним нащадком стародавньоримської сексуальної традиції є твір Овідія Назона "Мистецтво кохання". Поема Овідія має три основні частини: 1) про те, де і як знайти кохану і як домогтися її взаємності; 2) про те, як втримати її; 3) поради жінкам про те, як домогтися кохання чоловіка.

У Древньому Римі працював лікар Гапен, який описав венеричне захворювання і дав йому назву "гонорея". Він також був відомим тим, що давав рекомендації по задоволенню сексуального збудження будь-яким доступним способом, включно і мастурбацією, бо накопичення сексуальної напруги, за його поглядами, приводить до психічного відхилення.

У мові римлян було два значення слова *sexus*: це по-перше,

значення темпераменту людини і, по-друге, розрізнення статі. Ці поняття вживали у своїх творах Цицерон та Пліній. З латинської мови до нашого часу дійшли такі наукові значення, як: *cunnilingus*, *tribadizm*, *masturbatio*, *fellatio* та інші.

Стародавні культури Сходу. У стародавньокитайській культурі на громадські погляди по ставленню до сексу, статі та шлюбу впливали три філософсько-релігійні напрямки: даоцизм, конфуціанство, буддизм.

Даоцизм відноситься до великих культурних традицій Китаю. З далеких часів китайські філософи та лікарі шукали підтвердження зв'язку між сексуальною функцією і фізичним та моральним здоров'ям людини. Ці погляди вчених були викладені у праці "Даоські практики".

Частина вчення про сексуальність будується на ідеї збереження чоловічої енергії на благо повного задоволення жінки. Один із засновників вчення дао, який жив у VI ст. до н. е., Лао-Цзі, видав основні правила "Даодзин" про техніку кохання та секрети довголіття.

У сфері сексуальної поведінки даоцизм проповідує ідею єдиної сексуальної сфери і містичної орієнтації. Секс – це містичне занурення у Велике Загальне, але це дорога, а не мета. Сексуальний мотив емоційно гармонізує кохання між чоловіком та жінкою, а духовно – забезпечує зв'язок між енергіями людини та процесами космосу. Секс в дао має найвищі виміри. Мета дао – навчитися використовувати свої почуття та здібності для розуміння вчення і гармонійного з ним злиття.

Сексуальна енергія – це цзін (есенція). Вона накопичується у сім'яній рідині чоловіка і в яєчниках у жінки. Ця енергія має можливість відтворювати весь організм людини. Сексуальна есенція є джерелом всіх енергій, з допомогою яких підтримуються мислення та творення. Особистість може відчувати себе цільною і спокійною, якщо основні енергії "ці" (загальна життєва енергія), "цзін" (сексуальна енергія) та "шень" (дух) знаходяться між собою у рівновазі.

У міжстатевих стосунках лаоська практика підвищення енергії "ці" фокусує свою увагу на інтеграції "божественних" енергій людини, кінцевою метою чого є досягнення динамічної рівноваги між Інь і Янь. Вони полярно протилежні і постійно пульсуючі, що є основою принципу розвитку. Інь виступає як жіноче, темне, чорне,

бездонне і глибоке. Янь – чоловіче, червоне, яскраве, високе і небесне. Дао кохання проповідує "долинний оргазм", при якому чоловік та жінка синхронно відчують потік сексуальної енергії, який обертається між ними.

Конфуціанство мало більш динамічний характер порівняно з даоцизмом, який виступав за всебічну гармонію між природою та людиною. Погляди Конфуція носили антифеміністичний характер, негативно оцінювалося оголене тіло людини, при цьому секс розглядався як особиста справа кожного. Секс був позбавлений того значення, яке йому надавалося в даоцизмі, але він не був якимсь грішним або брудним. Про нього не говорили, його не помічали. У суспільстві світські етичні норми домінували над релігійними, а роль відчуттів у житті людини принижувалася. За філософією Конфуція, їх треба було пригнічувати та підпорядковувати розуму. Шлюб повинен був бути в першу чергу для того, щоб мати сім'ю, а секс мав при цьому другорядне значення.

Незважаючи на те, що конфуціанство мало більший вплив на суспільство, в Китаї говорили про те, що "конфуціанство – верхній одяг китайця, а даоцизм – його душа".

Стародавньоіндійська культура мала складну мозаїку поглядів відносно сексу. На їх формування вливали філософсько-релігійні напрямки – індуїзм, тантризм, буддизм.

Найпрогресивнішою релігією був індуїзм, який сформував багату сексуальну культуру, яка вчила, що кохання та секс мають божественні 100 тисяч джерел, впроваджених Богом Всесвіту. Найвеличнішим божеством індуїстського пантеону був Кришна, який виявляв інтерес до жінок та до кохання. Одною із установок вчення є принцип, що сексуальна насолода виступає як благо і цінність. Сексуальне життя порівнювалося з боротьбою, при якій чоловік активний, а жінка проявляє опір. Секс – не тільки задоволення та високі почуття, він мав магічне значення. Сексуальна близькість розглядалася як ритуал, після якого виникає духовне очищення.

При тантризмі з допомогою ритуалів і вправ вдосконалювалися тіло та дух з метою пізнати істину, порівняти самого себе з вищим створінням. Сексуальний акт має для тантриків сакральне значення, при цьому визволяється енергія і повторюється космічний акт першої божественної пари. В основі вчення про тантру лежить жіноча енергія, а жінка є володаркою Всесвіту. Це їй належить ініціатива при статевому акті. При тантризмі виконуються вправи йоги, які

повторюють сексуальні пози, типи фрикційних рухів, що дає підсилення відчуття і трансформації їх у екстаз. Тантризм впроваджує еротичне мистецтво, поєднане з музикою, для збудження сексуальної енергії та сексуальних почуттів. З давніх часів до нас дійшли численні картини, гравюри, які показують сексуальні акти та різні пози між богинею Калою з богом Шивою, Кришною та Радхою.

Основним навчальним посібником того часу була "Камасутра" Ватсьяни, засновника індійської школи сексу, яка була написана або в 677 р. до н. е., або в 350 р. н. е. Поряд з нею можна ще поставити книгу "Анангаранга" Каліянамалли, написану приблизно в 1500 р. У цих книгах даються точні вказівки відносно поцілунків, пестощів, проведення статевого акту, залишення слідів від нігтів у належних місцях, зваблення дружини сусіда і збереження при цьому спокійною своєї совісті. Гідністю цих книжок є поради дотримуватися терпіння і м'якості у ставленні до жінки, особливо по відношенню до маленьких дівчаток.

З древньою "Камасутрою" перекликається книга "Духмяні сади" шейха Нефзаві, представника арабської школи 1400 років. Це практичний посібник, який дає попередження відносно підступності жінок, поради відносно статевої слабкості й описує пози для здорових пар. Окрім цього, автор описує спеціальні пози для особливих випадків: для дуже повних людей, маленьких чоловіків і високих жінок, для людей з різними каліцтвами. Він віддає данину поваги знанням і акробатичним здібностям індійців, особливо захоплюючись жінкою, яка може тримати запалену газову лампу у повітрі на ступні своєї ноги протягом всього статевого акту, але при цьому відмічає, що багато з їх рекомендацій надають статевого акту більше незручності, ніж задоволення.

В основу буддистського вчення покладено основні три категорії: це моральна поведінка, інтуїтивна мудрість, психічна дисципліна. Тому й становлення в рамках цієї релігії до сексу було заперечним. Сексуальні контакти розглядалися як зло, що приносить людям біду, проповідувалася без шлюбності.

Ще однією релігією, яка позитивно ставилася до питань сексу, був іслам. Згідно Корану, сексуальне життя є релігійне діяння. Сексуальна близькість - це благо, джерело насолоди. Культура ісламу взяла з різних численних літературних, медичних та філософських творів все позитивне в ставленні до сексу, шлюбу та кохання. Створивши модель сексуального життя, метою якого була підтримка

тіла та душі в чистоті, іслам регулював багато питань сексуальної поведінки, впровадив певні норми, заборони та правила. В них містилися практичні поради із сексуальних питань, давалися класифікація партнерів, рецепти для стимулювання сексуального збудження.

Період середньовіччя у Європі. Серед людей у середньовіччі сексуальні функції пов'язувалися з тяжкими захворюваннями, а в моральному плані оцінювалися як нечисті та гріховні. Ставлення до сексуального життя було однозначно негативним, але повної заборони на нього не було через необхідність продовження роду людського. Законодавством усіх західноєвропейських країн було передбачено суворе покарання, позбавлення життя або тяжкі торттури за всілякі відхилення та збочення в сексуальному житті. Демонологічне ставлення до сексуальності людини в цілому і до жінки зокрема, як спокусниці та посібниці диявола, приводило до покарання та спалення "відьом". В уявленні лікарів того часу, сексуальні розлади набували поняття, що будь-яка сексуальна функція та форма поведінки, несанкційована етикою, приводить до тяжких психічних та тілесних хвороб. Лікування зводилося до катування та "вигнання диявола".

Незважаючи на ці несприятливі фактори, в цей час з'являються перші паростки наукового вирішення сексуальних проблем. Для маскування своїх наукових досліджень вченим приходилося звертатися до різноманітних хитрощів та вивертів: найбільш делікатні місця у назвах зазначалися латинню, роботи друкувалися під псевдонімами та інше. Соціальне положення автора було дуже хитким: ні один захисник не заступився би публічно за "порушника моралі". Перші науковці майбутньої сексології направили свої зусилля на створення основ для поняття про людську сексуальність.

В епоху ренесансу буржуазія у протилежність середньовічній церковній моралі виступала за здорові та відкриті взаємини в питаннях статі. Екзальтована любов до Мадонни поєднувалася із земним коханням до жінки. У цей час кохання реабілітується, секс перетворюється з "плотського гріха" у здорові "тілесні радощі". Любовні переживання вербалізуються і обговорюються достатньо вільно. З'являються культ насолоди і культ тіла. Їх деякі класики епохи відродження зображають у недозволеніх, навіть для того часу сюжетах (Рафаель – "Леда і лебідь", гравюри Романс).

На початку XIV століття лікар Адамо Монделі видав працю з

гігієни статевих органів. Жан Фернель у XVI ст. намагався вивчати фізіологію сексуальності завдяки дослідженню "тілесних функцій". Такі видатні вчені того періоду, як Леонардо да Вінче, Везалій, Амбруаз Паре вивчали анатомію статевих органів, займалися проблемами сексуальності.

У XVII ст. були зроблені два важливих відкриття, які мали велике значення для подальшого розвитку сексології як науки. Голландський анатом та фізіолог Реньє де Грааф встановив, що у людини яйцеклітини утворюються у яєчнику. Антон Левенгук описав чоловічі сперматозоїди, виявлені з допомогою мікроскопа у спермі. На базі цих відкриттів з'явилося два науково-філософських напрямки того часу: овісти – прибічники якого стверджували, що плід розвивається в яйцеклітині, й анімалькулісти – плід розвивається у сперматозоїді.

Незважаючи на наукові дослідження, недоброзичливість у ставленні до сексу залишалася, і в кінці XVIII ст. виникають нові консервативні напрямки: пуританство, вікторіанство та романтизм.

Романтизм об'єднував кохання та секс і наділяв їх стражданнями, а мрія про кохання була нездійсненою. Концепція романтичного кохання була засобом емоційного маніпулювання, яким вільно користувалися чоловіки, бо кохання – єдина ситуація, коли жінці вибачають (в ідеологічному аспекті) її сексуальну активність. Існування романтичного кохання – це єдина умова, за якою жінка може подолати набагато потужніший психологічний вплив, спрямований на гамування сексуальності. Романтичне кохання затушовує реалії справжнього становища жінки і тягар її економічної залежності.

Вікторіанство виникло в Англії під час правління королеви Вікторії. Воно приписувало пасивну поведінку жінці при інтимній близькості, пригнічення відчуттів задоволення, тому що статеві стосунки – великий гріх.

Пуританство – релігійна течія, прибічники якої виступали проти всіх задовольень. Воно є крайнім проявом християнства у питаннях тіла та сексу. Цей напрям більше всього був сприйнятий міщанством, що співпадало з його поняттям життя, і як опозиція до аристократичного Олімпу. Погляди пуританства надовго затримали розвиток сексуальної культури у Європі, і тільки теорії Фрейда показали наслідки їх та вплив на психічне життя людини.

ЕТАП ФОРМУВАННЯ ДОСЕКСОЛОГІЧНИХ ЗНАТЬ ІЗ ПСИХОЛОГІЇ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Цей період охоплює XIX сторіччя, в якому сексологія почала народжуватися як наука, але ще не виділилася у самостійну дисципліну. В цей час різні науки почали вивчати окремі питання, пов'язані з сексуальним життям людини. З біологічної дисципліни розвинулась ембріологія, яка з допомогою мікроскопа вивчала невідомі аспекти розвитку плода людини. Чарльз Дарвін створює свою теорію еволюції. В книзі "Походження людини і статевої відбір" (1871) він показує еволюцію статевої моралі від "розбещеності дикуна" до високоморальної моногамії вікторіанської Англії внаслідок природничого біологічного закону.

У галузі медицини гінекологи та патологи (Лоусон, Глевекке, Кальман) вивчали закономірності статевого потягу. Невропатологи та психіатри (Крафт-Ебінг, Некке, Шарко, Маньян) описали різні випадки патологічної сексуальності. У 1836 році в Парижі вийшов у світ медичний трактат Клода Лаллемана "Про самовільну втрату сперми".

Поряд з природничими та медичними фахівцями працюють у цей час соціологи та етнографи (Лонг, Ейре, Боас, Хеддон, Піле), які збирали та опрацьовували сексуальні ритуали та звичаї у різних народів, їх цікавило вивчення спільного сексуального життя, ті прояви сексуальності, що в одній культурі приймалися за норму, а в іншій – за ненормальність. Майже одразу, в 1888 році, французький етнограф Шарль Летурно видав книгу "Еволюція шлюбу та сім'ї", а в 1891 році фінський соціолог та етнограф Едвард Вестермарк – книгу "Історія людського шлюбу", де вони описують шлях, який пройшов шлюб. Ф. Енгельс у праці "Походження сім'ї, приватної власності і держави" (1884), аналізуючи книгу Л. Моргана "Стародавнє суспільство", показав закономірності розвитку шлюбно-сімейних взаємин у залежності від історичних змін засобів виробництва і виробничих сил людського суспільства. Крім цього, повідомлення про сексуальний символізм і поведінку давалися у роботах з історії релігії, ініціацій, обрядів та ін.

Цінний внесок у вивчення сексуальності людини, її проявів, психологічного стану закоханих внесла художня та мемуарно-автобіографічна література. Твори Лафонтена, Руссо, Вольтера, Беранже та більш пізніх письменників – Бальзака, Золя, Гюго, Стендаля й інших описували кохання та секс, закріплювали право

жінки на сексуальне задоволення. Стендаль у книзі "Психологія шлюбу" висловив ідею, що сексуального партнера треба підбирати ще до вступу у шлюб. Жорж Санд об'єднала у своїх романах еротизм та романтизм, сміливо для того часу описувала сексуальні сцени у спальні. У її оповіданні "Ледія" серед героїв зустрічаються нарцистичні та ексгібіціоністичні риси та мотиви.

Лев Толстой, Постав Флобер у своїх творах стають на захист жінки, яка не відповідає буржуазній моралі. О. Купрін змальовує жорстокі будні людського світу в публічному домі. Гі де Мопассан художньо описує адюльтер як нормальне, повсякденне явище.

Маркіз де Сад, завдяки якому виникла девіація "садизм", систематизував і видав усі відомі до того часу свідчення про використання механічних засобів при статевому акті. Зокрема описав систему блоків, лебідок, що використовувалися для здійснення різних поз під час статевого акту і для тортур. Завдяки великій інформації, він був автором психологічних розповідей на теми сексуальних відхилень.

Автором багатьох оповідань, у яких описані аномалії сексуального потягу, був Леопольд Захер-Мазох. У них він розкривав сутність мазохізму як девіації і перенесені еротичні переживання при цьому.

Німецький філософ Артур Шопенгауер у трактаті "Світ як воля і уява" визнавав значення сексуальності у житті людини. За його твердженням, кохання – це хитрощі природи для того, щоб схилити людей до дітонародження, а людина, яка кохає, стає безвільною і не звітує собі про те, що вона робить.

ЕТАП ФОРМУВАННЯ СЕКСОЛОГІЧНИХ ЗНАТЬ

Накопичений досвід, велика теоретична база та розроблені методи дослідження дозволили сексології виділитися у самостійну науку. В основі її становлення знаходилося багато різноманітних вчених.

На початку ХХ століття лікар Генріх Хевлок Елліс видав семитомну енциклопедію "Дослідження по психології статі", в якій описав концепцію індивідуальної різниці у сексології.

Комплексний підхід по вивченню сексуальності, але з більшим напрямком у бік біології зробив Огюст Форель у книзі "Статеве питання" (1905).

Німецький невропатолог та психіатр-криміналіст Ріхард фон

Крафт-Ебінг є засновником сучасної сексопатології. Його праця "Сексуальні психопатії" стала основою для розвитку сучасної медичної сексології. За його поглядом, у кожній людині дремають певні перверсії схильності, які можуть проявлятися у сексуальному житті.

Іван Блох в науковій роботі "Сексуальне життя нашого часу та його зв'язок із сучасною культурою" вперше систематизував увесь комплекс накопичених до цього сексологічних знань.

Гінеколог Теодор Ван де Велде у практичному посібнику з сексології, фізіології і техніки статевого акту "Ідеальний шлюб" виступив з тим, що жінка не просто об'єкт сексуальної активності чоловіка, а його рівноправний партнер у сексі.

Магнус Хиршфельд працював над вирішенням соціальних проблем сексології. Основне значення він надавав вирішенню етичних і юридичних проблем, питанням проституції і контролю за дітонародженням. Під його керівництвом у 1908 році був заснований перший у світі сексологічний журнал, у 1918 році в Берліні було відкрито перший у світі інститут із проблем сексології, а в 1921 – зібрався перший Міжнародний конгрес сексуальних реформ.

У 1928 році на з'їзді в Копенгагені була заснована Всесвітня ліга сексуальних реформ, її учасники вперше висунули ряд прогресивних вимог: політичної, економічної та сексуальної рівності чоловіків і жінок; звільнення шлюбу та розлучення з-під влади церкви, розвиток сексуальної освіти; зміни законів, направлених проти контрацепції та абортів; охорона прав незаміжніх матерів і незаконнонароджених дітей та інше.

Найвпливовішою теорією початку ХХ століття був психоаналіз Зігмунда Фрейда. Він першим відкрив усім верствам громадськості, яку роль грає сексуальна поведінка у житті людини, у її розвитку та спільному житті з іншими людьми. Статевий потяг, "лібідо", є джерелом усієї психічної енергії індивіда, емоційне задоволення – це сексуальність, основа і стрижень людського життя. У сексуальність вкладається поняття більш загальної тілесної функції, мета якої – задоволення, і тільки опосередковано вона служить репродукції. Кохання, за З. Фрейдом, – це статеве кохання, метою якого є сексуальна близькість, а сексуальні переживання зводяться не тільки до сприйняття геніталій. Спираючись на дослідження у клініці, на матеріали історії, етнографії, вивчення біографій і творчості великих людей, він стверджує, що у людини є не одна, а декілька ерогенних

зон, значення яких з віком змінюється. Відповідно до цього, він виділив фази психосексуального розвитку. Перша фаза, "оральна", охоплювала перші роки життя, коли основним оргазмом задоволення був рот дитини. Друга, "анальна", характеризувалася підвищеним інтересом дитини до анусу й акту дефекації. Контролюючи цей процес, дитина набувала чутливого задоволення. Третя, "фалічна" фаза, проявлялася інтересом до геніталій і відбивалася у мастурбації. Саме у цій фазі хлопчик повинен перебороти несвідомий потяг до матері (Едіпів комплекс) й ідентифікуватися з батьком, а дівчина -- перебороти потяг до батька (комплекс Електри) й ідентифікуватися з матір'ю. Четверта, "латентна" фаза, триває до початку статевого дозрівання, при якій тимчасово послаблюються сексуальні реакції. "Лібідо" уступає своє місце формуванню свідомого "Я" і предметних інтересів дитини. Зі статевим дозріванням починається "генітальна" фаза, при якій "лібідо" шукає і знаходить задоволення у статевій близькості.

Якщо виникають перешкоди на шляху "лібідо" до задоволення, виникає регрес і повернення до попередніх фаз. Саме в цьому З. Фрейд вбачає виникнення девіантних форм сексуальності. Використовуючи метод психоаналізу, він виявляє психічну травму, яка затримує або викривляє нормальний психосексуальний розвиток індивіда, і шляхом усвідомлення причин травми переборює її психологічні наслідки.

Аналіз несвідомих переживань, сексуальних символів, захисних механізмів, еротичних фантазій і сновидінь стимулював порівняльно-історичне вивчення цих явищ з допомогою матеріалів історії релігії і культури. Статеві збочення, які вважалися злочином або наслідком фізичної деградації, тепер можна було пояснити, як зміну в нормальному психосексуальному розвитку, елементи якої знаходилися у особистісній психіці.

Його теорії зняли завісу християнської моралі та людського лицемірства. Незважаючи на протидію своїх опонентів, не сприйняття його теорій, З. Фрейд сам вирішив багато сексуальних проблем та видав наукові праці, які сприяли розвитку сексології і психології. Особливо потрібно відзначити його роботи з вивчення підсвідомості, дитячої сексуальності, комплексу Едіпа, встановлення зв'язку між сексуальністю та її відхиленнями й між виникненням неврозів, психозів і патології характеру.

Переворот у вивченні сексуального життя людини зробив

американський біолог Альфред Кінзі. Для вирішення питань про сексуальне життя людини, які виникли на чисто інтелектуальній основі, він почав розповсюджувати анкети серед населення. Та інформація, яка з'явилася у вченого, дуже вразила його і дала поштовх для наукової обробки результатів. Тому в 1947 році був організований сексологічний інститут при Індіанському університеті, де вийшла книга "Статева поведінка чоловіка" у 1948 році, а в 1953 році -- "Статева поведінка жінки". У цих наукових працях А. Кінзі перший показав, наскільки широкий діапазон індивідуальних проявів сексуальності людини і представив основні з них на великій кількості опрацьованих чисел, які характеризують ці прояви. Він охарактеризував динаміку вікових проявів сексуальності та корелятивні зв'язки між основними сексуальними проявами та низкою соціальних факторів (від економічної забезпеченості, освіти, належності до віросповідання та ін.).

Продовжувачами роботи А. Кінзі в плані вивчення людської сексуальності стали американські вчені -- гінеколог Уільям Мастерс та психолог Вірджинія Джонсон. Вони вивчали у 694 чоловіків та жінок фізіологію сексуальності. При цьому записали на кіноплівку 10 000 циклів сексуальних реакцій. Були одержані докладні дані, які представлялися у графіках, відображаючи кількісні параметри, та які показували, що, як і в якій послідовності проходить при статевому акті. Результати цього дослідження було видано у 1966 році в книзі "Статеві реакції людини". Другою книгою цих вчених, яка показувала систему клінічних поглядів авторів та засновані на них терапевтичні способи, була "Статева неадекватність людини", що вийшла в 1970 році. В результаті дослідники та лікарі-практики вперше здобули дані про реальну тривалість спарування, ті чи інші збуджуючі пози та критерії їх вибору, найбільш розповсюджені види сексуальної слабкості та недуги.

У США в 70-х роках дуже серйозно сприйняли гасло "займатися коханням, а не війною". Виникло декілька місцевих шкіл кохання на чистій американській ініціативі, без державного фінансування. Це була одна з не багатьох галузей, де дослідження проводилися незалежно від урядової підтримки.

Перша, найбільш сувора, була Школа Соціології Секундоміра, гасло якої "24-40 і ні секунди менше". Ці цифри означали двадцять чотири хвилини сорок секунд на оргазм. Послідовники цієї школи визнавали можливі варіації, але хто припускається значних відхилень

– або невдаха, або помішаний, або комуніст – якщо не все це разом.

Поряд з цією школою виникла Школа Бюро Стандартів. Це була офіційно визнана установа, яка охороняла інтереси Інтернаціональних Стандартів Статевого Життя. Прихильники цієї школи домоглися внесення у Бюро Стандартів США Стандарту Оргазму, який зберігається поряд з такими стандартами, як Стандартний Метр і Стандартний Кілограм.

У 1975 році в США почав видаватися міждисциплінарний журнал "Сексуальні ролі", на сторінках якого обговорювалися різні сексуальні проблеми. В тому ж році була заснована Міжнародна академія сексологічних досліджень, яка об'єднала майже всі сексологічні дослідницькі центри і наукові товариства Європи і США, у якій взаємини будуються на міждисциплінарній основі між лікарями, біологами, психологами і соціологами.

Після тривалої боротьби за права сексуальних меншин, у 1973 році Американська психіатрична асоціація виключила "гомосексуалізм" з свого офіційного списку діагнозів, відмітивши, що гомосексуалісти мають різні характери, яким можуть відповідати різні неврози.

За останні два десятиліття було знято табу з деяких заборонених тематик і був зроблений принципово важливий поворот до концептуальної оцінки причин різних сексуальних дисфункцій Група дослідників у США в 1994 році представила дані спеціального опитування 1794 жінок та 1410 чоловіків у віці від 18 до 59 років, різних рас і соціумів. Було показано, що сексуальні проблеми в суспільстві дуже поширені і що на їх частоту і ступінь прояву впливають як стан фізичного здоров'я, так і психосоціальні фактори, більше всього – стреси особистісної та соціальної природи.

РОЗВИТОК ВІТЧИЗНЯНОЇ СЕКСОЛОГІЇ

Серед стародавніх слов'янських народів, які схилялися перед язичними богами, можна відмітити велику сексуальну культуру, яка поєднувала природу з земним життям людини. Язичництво допомагало людям зрозуміти складні речі у вигляді життєвих аналогій. Наприклад, коли говорили, що Бог Сварог одружився з Богинею Ладою і вона народила йому велику кількість дітей, то суть цього процесу легко зрозуміла, як аналогічна процесу, який виникав між чоловіком та жінкою. У шлюбних стосунках перевагу надавали чоловіку, у суспільстві була дозволена полігамія.

Серед великої кількості богів одне з основних місць займала Лада – мати більшості богів. Вона виступає як Богиня краси, кохання й одруження. Кожна пара наречених приносила їй квіти, живих птиць, мед і ягоди. Храм Лади стояв у стародавньому Києві, а в ньому височіла статуя красивої жінки з дитям на руках – її сина, Бога кохання і пристрасті, *Лея* (відповідно грецькому Еросу або римському Амуру). Іншим сином *Лади* був *Полель* – Бог шлюбу (грец. -Гіменей).

Розвиток вивчення сексуальних взаємин у межах царської Росії, а потім СРСР і СНД проходив у більшості випадків під впливом досягнень закордонних вчених. Патріархальні закони суспільства, християнська мораль, яку проповідували, релігійні умови не надавали повного розвитку сексологічним дослідженням.

Тільки на початку ХХ сторіччя виникла ідея провести перший "статевий перепис" серед московських студентів. З 6 000 анкет, які були розповсюджені, від царської цензури і поліції вдалося врятувати тільки 324 екземпляри. Після цього якщо і були спроби провести опитування (а в Радянському Союзі було проведено більше 30 масових опитувань), то вони мали спорадичний характер і їх статистична обробка викликала великі сумніви.

У більшості випадків сексологією, а більш докладно питаннями сексопатології займалися вчені: психіатри та невропатологи Бехтерев, Мечников, Вишневський, Ганушкін та інші, фізіологи Тарханов, Петрова, Ухтомський. Вони у своїх працях проводили систематичний аналіз сексуальної поведінки людини.

Першим науковим дослідженням на теренах царської Росії була дисертація Шаврова (1848) про статеву функцію жінок. У 1858 році А.А. Кітер провів статистичну роботу про вікові особливості настання менструацій.

На кінці ХІХ століття за ініціативою акушерсько-гінекологічних товариств Москви і Києва стали з'являтися друковані видання багатьох авторів, але всі їх дослідження торкалися тільки статистичних питань віку статевого дозрівання, шлюбного і клімактеричного віку, а також різних факторів, які впливають на ранній або пізній їх прояв.

Першими великими науковими роботами по сексопатології були "Збочення статевого почуття у жінки" В.М. Тарновського (1895) і "Психологія статі" П.І.Ковалевського. На початку ХХ століття (1915) виділився енциклопедист – сексолог Людвіг Якобзон, праці якого

"Статеве безсилля", "Статєва холодність у жінок", "Онанизм у чоловіків та жінок" не втратили свого значення і нині.

Відразу після революції і в перші роки нової влади починають видаватися праці закордонних (В. Гаммонд, Н.С. Ішлондський, В.Ф. Калвертон і В.В. Ліндсней, Х. Ролендер та ін.) і вітчизняних фахівців сексопатології (І.Г. Гельман, З.А. Гуревич, Ф.І. Глоссер, В.І. Здравомислов, С.А. Селіцький та ін.).

З приходом до влади більшовиків у Росії було прийнято два декрети - "Про відміну шлюбу" та "Про громадянський шлюб, про дітей і про внесення до актів громадянського стану", виданих 19 та 20 грудня 1917 р. Ці декрети надавали жінці матеріальне, а також і сексуальне самовизначення. Під аплодування передової громадськості Заходу був скасований закон про переслідування гомосексуалізму. Роботи К. Маркса, Ф. Енгельса, В.І. Леніна мали великий вплив на питання історії й аналізу шлюбу і сім'ї, взаємин між статтю, положенню жінки у суспільстві. Але все пристосовувалося під ідеологічний напрямок керуючої партії. В.І. Ленін у бесіді з Кларою Цеткін стверджував: "Пролетарська ... революція потребує від нас, від особистості зосередження, зусилля сил. Вона не терпить оргіастичних станів, подібних до тих, які звичайні для декадентських героїв і героїнь Д'Аннунціо".

У пролетарському суспільстві в цей час проводиться багато наукових розробок по дослідженню сексу. Але у деяких політичних діячів на цьому фоні виникали проекти по "узагальненню жінок".

У міру того, як радянська держава ставала більш авторитарною, вона бажала підкорити собі й інтимне життя громадян. У 1924 році вийшла книга А.Б. Залкінда "Революція і молодь", яка доводила, що сексуальність – це протиріччя класовій боротьбі. Статєва поведінка, писав Арон Залкінд, "повинна у всьому підкорятися класовому, нічим йому не перешкоджати і у всьому його обслуговувати". На цьому фоні, серед громадськості, почали зникати дискусії про секс та кохання, а відчуття, які були протилежними уставу партії, розбиралися та таврувалися. В 1934 році в СРСР знову був заборонений гомосексуалізм.

У суспільстві при проведенні виховних заходів виникали труднощі, пов'язані, з одного боку, з недоліком знань, з іншого – консерватизмом, заборонаю на проникнення у таємниці інтимного. Статєва неграмотність, відсутність статєвої культури ставали одним з основних видів побутової неосвіченості. Відсутність знань із

психології статєвих стосунків породжувала соціальні ускладнення або хворобливі стани людей. Видання з гігієни і культури інтимних стосунків навіть у спеціальних медичних видавництвах були нечисленними і знаходилися під суворою цензурою. Слово "секс" відносилось до порнографічних понять.

У 70-і роки ХХ століття активізувалися наукові дослідження із сексологічних проблем, стали з'являтися наукові центри (Москва, Київ, Ленінград, Єреван). Вітчизняні сексологи (Г.С. Васильченко, І.С. Кон, А.М. Свядош, О.Л. Тектинський та ін.) стали поглиблено розробляти проблеми сексуального здоров'я людини. У 1971 році при Київському НДІ урології та нефрології була створена перша в СРСР клініка сексопатології. А 1974 році на її базі відкрили науково-методичний і лікувально-консультативний сексологічний центр. З 1983 року в українських школах було впроваджено спеціальний курс "Етика і психологія сімейного життя".

З розпадом СРСР і виникненням незалежної України і СНД у політичних колах з'явилося бажання усунення відсталості сексуальної культури, переборювання сексуального святенництва й пуританських принципів інтимних взаємин. Вислів "А секса у нас нет", який пролунав у 1989 році з екранів телевізорів, підштовхнув не тільки до нових наукових досліджень у галузі сексології, але й до бурхливого розвитку секс-індустрії. Поряд з виданням наукових праць учених із світовим ім'ям із психології, сексології, сексопатології, соціології та ін., з'явилося вульгарно-натуралістичне, непристойне зображення статєвого життя у літературі, образотворчому мистецтві, театрі, кіно, яке широко затопило населення країни. Після бурхливого початку сексуального буму попит на сексуально-розважальні товари дещо зменшився. Але залишилася підростаюча молодь, яка при відсутності правильного сексуального виховання, інстинктивно тягнеться до сексуально лоскітливої інформації.

Усі ці зміни, які виникли в нашому суспільстві за останні роки, привели до того, що вирішенням сексуальних проблем людини почали більш поглиблено займатися не тільки медичні працівники, але і соціологи, і психологи, і педагоги.

ТЕМА 2. ЗАКОХАНІСТЬ І КОХАННЯ. ШЛЮБНІ СТОСУНКИ

Діденко С.В., Козлова О.С. Психологія сексуальності: Підручник.- К.:Академвидав,2009.-С.142-164.
Кон И.С. Введение в сексологию. – М., 1988.- С. 176-219.

Запитання і завдання:

1. *Охарактеризуйте погляди на сутність кохання З.Фрейда, А.-Х-Маслоу, Е.Фромма, М.Лейбовица.*
2. *Розкрийте основні функції шлюбного союзу.*
3. *Проаналізуйте психологічні типи сексуальних партнерів.*
4. *Назвіть та охарактеризуйте стадії розвитку шлюбу.*

Відображенням естетичного та етичного проявів сексуальності є кохання. Потреба в коханні, здатність кохати є невід'ємною частиною людської психіки. Американський психолог Абрахам-Харольд Маслоу (1918-1970) вважав її однією з вроджених людських потреб.

Сутність кохання, його діалектика, таємничість і непередбачуваність завжди турбували людину. Античні філософи вважали, що в коханні тілесне начало набуває істинної краси. Представники епохи Відродження розглядали кохання як силу, що організовує соціальне життя, звільняє душу від афектів, веде до пізнання природи. Тривалий час тема кохання була прерогативою письменників, філософів, а не предметом дослідження психологів, соціологів та інших вчених. Оспівуючи це почуття, мало хто виявляв науковий інтерес до причин кохання, його проявів та проблем.

У сучасну епоху багато вчених зацікавилася науковим пізнанням кохання. Деякі сексологи припускають, що в корі головного мозку є центри, які відповідають за це почуття, соціологи тлумачать кохання як зустріч двох людей, які органічно доповнюють один одного, а психологи трактують кохання як шлях подолання самотності, прояв бажання піклуватися про іншого, як про самого себе.

3. Фрейд переконував, що ядром кохання є статеве кохання, мета якого – статеве з'єднання. Кохання, за його словами, є проявом лібідо, спрямованим або на інших (кохання) або на себе (нарцисизм). Спочатку (в дитинстві) кохання є нарцисистичним, потім воно переходить на інші об'єкти. Людина, яка повертається до нарцисизму

в зрілі роки, не здатна кохати. В особливо виражених випадках це перетворюється на хворобу.

Емоційний зв'язок між дитиною та її рідними, почуття любові, які при цьому виникають, є основою, на якій формується розуміння того, як уміти віддавати і брати. Ця елементарна і малозначна, на перший погляд, якість допомагає людині встановлювати любовні стосунки в дорослому житті. Разом із загальним розвитком особистості відбувається і розвиток почуття кохання. З віком під впливом життєвого досвіду встановлюється стійкий погляд на кохання. Людина вчиться не лише приймати це почуття, спрямоване на неї, а й дарувати його іншому. Кохання приносить їй не тільки високі почуття, а й болючі, нестерпні муки, якщо зв'язок, що розвивається між людьми, не відповідає сподіванням. Людина постійно вчиться кохати, тому кохання є універсальним, безмежним та нескінченним феноменом. І чоловіки, і жінки від народження і до смерті потребують кохання. Із віком можуть лише змінюватися форми переживання та зовнішнього вияву цього почуття. Сталою залишається його основа. Вона може бути в кожній людині стимулом для виникнення стану готовності до кохання. Одні люди постійно перебувають у цьому стані, інші – в очікуванні її або у стані її втрати. Ступінь готовності до кохання не має конкретного виміру, прояв його завжди індивідуальний. Іноді він буває несподіваним.

Кохання стимулює статевий потяг, інстинкт продовження роду. Усе, що з ним пов'язане, набуває особливої сили і чарівності. Майже завжди кохання стає прологом до статевої близькості. У кожному сексуальному зв'язку є елементи прояву кохання. При цьому секс є мовою інтимних стосунків. Сексуальні ігри не принижують кохання, а роблять його багатозначним. Ще в 1895 р. В. Тарновський писав: «Кохання – це статевий потяг між двома особами різної статі, обов'язково пов'язаний із симпатією душ... Симпатія душ без статевого потягу – це дружба, а не кохання. Нормальне кохання можливе лише в зв'язку із статевим почуттям».

І кохання, і статевий потяг мають характер пристрасті, всепоглинання. Нормальні елементи сексуальної поведінки – закохані погляди, лагідні торкання та поцілунки, особливо ерогенних зон тіла. Однак статевий потяг порівняно з коханням має вузький фокус і може задовольнятися значно легше. Кохання – складніше, різноманітніше і постійніше почуття. У статевого потязі елементи турботи і поваги проявляються мінімально, сильніші вони при тривалих сексуальних

зв'язках, відіграючи, однак, вторинну роль. Бажання пізнати іншого стосується при цьому лише фізичних аспектів взаємодії. У коханні, яке не виключає бажання пристрасної тілесної єдності, головним компонентом є повага до коханої людини, визнання цінності її як особистості. Ідеальним проявом кохання є поєднання поваги до партнера із статевим потягом до нього. Виникає воно не лише завдяки статево-потягу, а й за участю вищих емоцій, пов'язаних із ставленням до іншої людини як до особистості, оцінюванням її фізичних і психологічних якостей. Тому почуття кохання може переживати і людина, байдужа до статевих стосунків.

Закохана людина сприймає об'єкт своїх почуттів як ідеальний естетичний образ, знаходячи в ньому красу, індивідуальність, підкорювальну силу та багатий духовний світ. Унаслідок цього часто поза увагою опиняється справжня сутність людини, а ідеалізовані її тілесні, духовні якості вважають єдиним об'єктом бажання, естетичного споглядання, джерелом естетичної насолоди.

За словами німецько-американського психолога і філософа Еріха Фромма (1900-1980), кохання, або любов, – це не стільки взаємини з конкретною людиною, скільки орієнтація особистості, яка визначає її стосунки зі світом, а не з окремим об'єктом. Адже любов до однієї людини і цілковита байдужість до інших – це не любов, а симбіотична прихильність чи розширений егоїзм. Тобто любов полягає не в наявності об'єкта, а в здатності кохати.

ТИПИ КОХАННЯ (що залежать від об'єктів любові)

Різні типи кохання суттєво різняться між собою, що здебільшого залежить від об'єктів любові.

1. Братерська любов. Вона є різновидом кохання, на якому ґрунтуються всі інші типи. Е. Фромм розглядав її як відповідальність, турботу, повагу, розуміння іншої людини, прагнення допомагати їй у житті (про це йдеться в Біблії: «Полюби ближнього, як самого себе»). Братерська любов – це принципова здатність любити. У ній присутнє переживання єдності, рівності, спільності з усіма людьми.

2. Материнська любов. її суть у безумовному ствердженні життя і потреб дитини. Мати повинна забезпечувати не лише життя і розвиток дитини, а й прищепити їй любов до життя, відчуття того, що жити – прекрасно. Для цього жінка має бути не тільки хорошою матір'ю, а й щасливою людиною (що доступне небагатьом), адже її

любов до життя так само сильно впливає на особистість дитини, як і її тривога.

На відміну від братерської любові, в якій обидві сторони рівні, стосунки матері і дитини від самого початку нерівноправні: один потребує допомоги, інший її надає. З огляду на альтруїстичність (безкорисливе піклування про інших), жертвовність материнської любові її вважають найвищим різновидом любові. Однак Е. Фромм вважав, що справжній подвиг материнської любові полягає у любові не до немовляти, а до дитини, яка росте. Немовля любити не важко (як продовження себе – нарцистичною любов'ю; як об'єкт реалізації прагнення до влади і власницьких амбіцій). Проте дитина росте, стає автономною особистістю. І суть материнської любові, за Е. Фроммом, полягає в тому, щоб сприяти особистісному зростанню, відокремленню дитини. На цій стадії материнська любов вимагає жертвовності, здатності віддавати все, не очікуючи нічого, крім щастя улюбленої дитини. І саме в цьому багато матерів виявляє нездатність виконати надзавдання материнської любові.

3. Любов до себе. Людина, здатна на любов, любить і себе. Якщо вона здатна любити тільки інших – вона не здатна любити взагалі. Любов до себе й егоїзм (задоволення власних потреб, нехтування іншими) – не одне й те саме, а протилежності. Егоїст, створюючи враження, що надзвичайно піклується про себе, насправді лише робить невдалі спроби замаскувати та компенсувати своє невміння піклуватися про своє справжнє Я. Він не вміє любити інших, як і не вміє любити себе. Е. Фромм порівнює егоїзм з ревнивою турботою надто турботливих матерів, які вважають, що надзвичайно люблять свою дитину, хоч насправді відчувають до неї глибоко замасковану ворожість. Надмірна турботливість є компенсацією нездатності любити свою дитину. Так само і «жертвна» мати, яка відмовляється від усього заради своїх дітей, насправді перебуває під впливом прихованої ворожості до життя, яку передає і дітям, оскільки вони не повинні розчарувати її. Насправді така мати не любить себе і в такий спосіб дає своїм дітям урок нелюбові до себе й життя. Отже, за Фроммом, без любові до себе любов до інших неможлива, адже в ній проявляється принципова здатність любити.

4. Любов до Бога. Основа потреби в любові закорінена у почутті віддаленості, прагненні подолати спричинений ним відчай шляхом єднання з кимось. Із цієї потреби виникає релігійна любов (любов до Бога).

5. Еротична любов. Вона полягає у прагненні до повного злиття, єдності з іншою людиною. За своєю природою ця любов виняткова (людина може повністю і пристрасно еротично злитися лише з однією людиною, однак вона не виключає братерської любові до інших людей). Еротичне кохання, застерігав Фромм, не слід плутати із закоханістю, яка є неочікуваним руйнуванням бар'єру між двома людьми. Таке раптове переживання близькості дуже короткочасне. Після того як незнайомиць стає близькою людиною, зникає необхідність долати бар'єри, не залишається, до чого прагнути. Для багатьох особистість іншої людини, як і власна, скоро перестає бути загадкою, інтерес до неї минає, а близькість досягається лише завдяки сексуальним контактам. Адже такі люди сприймають лише фізичну віддаленість інших людей і долають її шляхом фізичної близькості. Подоланню віддаленості сприяють: розмови про особисте життя, сподівання і тривоги, прояви дитячих рис особистості, гніву, ненависті, нестриманості (цим пояснюються стосунки деяких партнерів, близькість яких проявляється тільки в ліжку або коли вони дають волю взаємній ненависті чи люті). Із часом така близькість приносить все менше задоволення, тому людина починає шукати нову. Коли новий незнайомиць стає «близькою» людиною, знову приходить гостре почуття закоханості, яке поступово згасає і завершується прагненням до нового завоювання. Це прагнення супроводжується ілюзією, що нова любов не буде подібна на попередню. Цьому сприяє оманливий характер сексуального бажання.

Сексуальне бажання, націлене на злиття, не зводиться лише до фізіологічного апетиту, розрядки хворобливої напруги. Його можуть стимулювати викликана самотністю тривога, прагнення підкорювати чи бути підкореним, пихатість, бажання завдати болю та любов. Оскільки у свідомості багатьох людей сексуальне бажання нерозривно пов'язане із любов'ю, вони легко припускаються помилок, вважаючи, що кохають один одного, насправді відчуючи лише фізичний потяг. За Е. Фроммом, кохання справді може викликати сексуальне бажання, однак у такому бажанні не буде прагнення володіти, підкоряти чи бути підкореним, воно буде сповнене ніжністю. Якщо фізичне бажання викликане не коханням і еротичне кохання не є водночас братською любов'ю, таке бажання призведе лише до тимчасового оргастичного єднання.

Важливим елементом справжнього еротичного кохання є воля, бо вона – не лише сильне почуття, а й рішення, судження та обіцянка. Кохання – це і вольовий акт присвяти себе комусь. Після укладення шлюбу вольовий акт має гарантувати стійкість кохання, та це не означає, що стосунки варто зберігати за будь-яких обставин.

Загалом, як зауважив Е. Фромм, для більшості людей проблема кохання – насамперед проблема, як бути коханим, а не як кохати. Справжнє кохання – це активність і мистецтво; вимагає наполегливої праці, постійного самовдосконалення.

Серед теорій виникнення кохання і сексуального потягу особливе місце належить біологічній концепції американського психіатра Майкла Лейбовіца, яка ґрунтується на засадах психофізіології. Згідно з нею в мозковій структурі (гіпоталамусі) виробляються молекули фенілетаміну (ФЕА), які викликають відчуття ейфорії, піднесеності та радості. Коли людина відчуває статевий потяг, цими молекулами насичуються нейрони лімбічної системи, що стимулює емоційну активність. У закоханих настає стан, подібний до стану після вживання наркотиків. Партнери відчувають піднесення життєвих сил, жвавість, безрозсудність, легкодумство, оптимізм. Розірвання в цей час стосунків може викликати страждання, депресивний стан.

Після невдалого бурхливого кохання, яке спричинило виникнення депресії, жінки, як зауважив М. Лейбовіц, починали активно вживати рідкий шоколад. Оскільки шоколад має високу концентрацію фенілетаміну, це дало підстави для висновку, що організм завдяки цьому компенсує втрачену функцію. Подальші дослідження показали, що здатність більшості жінок нормально функціонувати на робочому місці, у соціальному середовищі залежить від того, чи є вони закоханими, і від ступеня прояву закоханості. Рівень ФЕА в таких випадках коливається в широких межах через хиткий механізм контролю, який може бути набутим чи вродженим. При лікуванні використовували фармакологічні препарати, які гальмували розпад ФЕА й ефективно поліпшували емоційний стан жінок.

Хімічний процес, за якого молекули ФЕА партнерів збігаються, спричиняє виникнення хімічної реакції сполучення. У житті внаслідок цієї реакції з'являється потяг. Так біологічна концепція кохання пояснює виникнення міжособистісних стосунків, порозуміння чи непорозуміння між партнерами. Однак реакція між хімічними сполуками не може повторюватися і довго перебувати на одному рівні. Тому статевий потяг між партнерами не буває вічним.

Через чотири роки кількість ФЕА зменшується, а інтенсивність хімічної реакції починає спадати. Тому секс і потяг між чоловіком та жінкою перестають відігравати провідну роль у взаєминах. Позитивним завершенням романтичного кохання є поступовий перехід його в кохання-дружбу, негативним – розірвання стосунків, розлучення або продовження спільного життя без взаємного задоволення. Теорія М. Лейбовіца здобула широке визнання, оскільки до неї можна апелювати, коли вичерпуються інші аргументи щодо походження кохання.

Отже, романтичне кохання (закоханість) є нестійким станом, тривалість якого не перевищує 3-4-х років, адже біологічні речовини, які відповідають за підтримання в організмі ейфорії закоханості, не можуть довго бути на стабільно підвищеному рівні, і їх показники з часом знижуються до норми. Коханці починають помічати недосконалість один одного, відшукувати недоліки, які раніше не помічали або ігнорували. На зміну нескінченним спільним інтересам приходять нудьга, нетерпіння, боротьба за лідерство.

Закоханість, яка нерідко переростає в кохання-дружбу, тримається на взаємній повазі і турботі. Почуття стають менш бурхливими, однак – стабільнішими, реалістичнішими, а такі стосунки надійніші. Партнери менше демонструють власницькі прояви, що зменшує зобов'язання, дає змогу обом жити своїм життям з мінімальним втручанням. Дружба може передбачати і сексуальний компонент, який надає партнерським стосункам приємного забарвлення. Ця форма кохання притаманна тривалому шлюбу.

Основою функціонування сім'ї, яка забезпечує стабільне середовище для формування, розвитку і прояву усіх особистісних рис членів подружжя, є шлюбні стосунки.

Щасливим вважають шлюб, у якому чоловік і дружина одноставно визнають взаємне почуття кохання, повагу, порозуміння; *гармонійним* – кохання одного і повагу іншого члена подружжя; *проблемним* – коли переважають стосунки без достатньої поваги або надмірна прихильність одного з членів подружжя наражається на байдужість, неповагу іншого, що провокує сварки, патологічні прояви ревності; *кризовим* – коли домінують конфлікти з різних приводів; *розірваним* – шлюб, який перебуває у процесі юридичного розірвання.

За сутнісними ознаками розрізняють первинну (батьківську) і вторинну (подружню) сім'ї, які можуть впливати одна на одну або функціонувати відокремлено.

Перші уявлення про шлюб дитина здобуває в батьківській сім'ї або в її альтернативі. Внаслідок спілкування з батьками, іншими людьми в неї формуються статовосімейнорольові якості. У дівчаток за прикладом матері, сестри, бабусі, тітки з'являються спочатку несвідомі, а пізніше – перші свідомі риси жіночості. У хлопчиків під впливом батька, брата, дідуся, дядька пробуджуються ознаки мужності. Одночасно засвоюються поведінкові сімейні риси.

Статевий потяг набуває закінченої, стійкої форми із настанням психологічної та соціальної зрілості, коли людина може всі особисті питання вирішувати самостійно, в неї формується власний погляд на життя. Статева близькість у ранньому віці виникає найчастіше через цікавість, однак така людина ще не здобула психологічного та соціального досвіду для відповідальності за свої дії в коханні. Рано розпочате дошлюбне статеve життя може перервати нормальне формування індивідуальних статових реакцій, адже механізми, які повинні стримувати чуттєві пориви, ще не сформовані. Тимчасові статові контакти, часті зміни симпатій створюють не сумісний із сімейним життям статовий стереотип. Принадність дошлюбних зустрічей, якими б вони не були за тривалістю, забарвлене в романтичні тони спільне дошлюбне життя здаються напрочуд легкими порівняно із спільним життям у шлюбі. Шлюбний підпис – це визнання відповідальності за іншого, готовності слугувати інтересам сім'ї, іноді навіть усупереч своїм.

Для більшості людей уявлення про сім'ю як головний суспільний інститут домінуючі: 91% чоловіків і 95% жінок усіх вікових категорій вважають її важливим ядром свого життя.

ОСНОВНІ ФУНКЦІЇ СІМ'Ї

Для стабільності подружнього життя кожна сім'я покликана забезпечувати такі її основні функції:

1. Створення позитивного емоційного фону. Позитивні емоції при спілкуванні, домашній затишок, обмін цікавою інформацією забезпечують позитивний життєвий тонус, сприяють оптимістичному сприйняттю життя;

2. підтримання доброзичливих стосунків з батьками, родичами, друзями, співробітниками. Стосунки, що ґрунтуються на взаємній повазі, відіграють важливу роль у підтриманні позитивних емоцій, забезпеченні стабільності подружніх взаємин, зберігають свіжість почуттів;

3. забезпечення господарсько-економічних потреб. Життєзабезпечення сім'ї потребує чіткої організації та розподілу обов'язків, відповідальності, вмотивованої ініціативи у кожній справі. Не в кожній сім'ї оптимальне вирішення цих питань дається відразу і безболісно. Багато залежить від різноманітних об'єктивних і суб'єктивних чинників (рівня потреб і можливостей щодо їх задоволення, місця проживання, індивідуальних звичок, рівня освіти, віку дітей тощо);

4. створення здорового сімейно-побутового режиму. Влаштованість побуту є важливою запорукою гармонії сімейних стосунків, задоволеності подружжя одне одним, створення сприятливого клімату для розвитку і виховання дітей;

5. забезпечення інтимного життя. Гармонійні сексуальні стосунки приносять велике задоволення партнерам. Дотримання індивідуального ритму сексуальних контактів (відповідно до запитів і міри задоволення) має принципове значення для збереження активного статевого потягу, позитивного емоційного фону і пов'язаних з ними виявів ніжності. У багатьох випадках регулятором сексуального режиму є жінка як берегиня сексуальної гармонії в подружжі;

6. народження і виховання дітей. Цей чинник є основним елементом у самоствердженні, розвитку, збереженні сім'ї;

7. сприяння соціальному самовдосконаленню. Воно передбачає роботу кожного над підвищенням свого культурного, професійного рівня, збагаченням міжіндивідуальної взаємодії.

Потреба мати товариша-коханця, партнера в сімейному житті часто є значущою. Через партнера людина встановлює контакт із навколишнім середовищем, коригує власні думки та дії. У взаємодії з ним виникають найцінніші і найглибші емоції. Такий союз чоловіка і жінки стає непорушним.

Сімейне життя різних людей складається неоднаково. У шлюбі поєднуються дві індивідуальності зі своїми звичками, уявленнями, світоглядом. Їх об'єднання в сім'ю не завжди відбувається безпроблемно. Формування оптимального шлюбу – складний,

багатозначний, сповнений злетів і криз процес, що охоплює зачарування першим коханням, переборені перші побутові розчарування, прийняття партнера з усіма його перевагами та недоліками, трансформацію міжособистісних стосунків на різних етапах життя.

Для діагностування шлюбних союзів, які переживають кризи, полегшення вибору партнера, прогнозування стосунків Г. Васильченко запропонував *концепцію п'яти шлюбних чинників*. Основою її є положення про поліфункціональність шлюбного союзу, спрямованого на об'єднання матеріально-економічних, культурних і сексуальних потреб партнерів в умовах тісного і тривалого контакту.

Загальний шлюбний потенціал формується на основі фізичного, матеріального, культурного, сексуального та психологічного чинників. Важливо, щоб за кожним із них партнери не лише володіли позитивними якостями, а й щоб ці якості відповідали очікуванням іншої сторони.

У міжособистісних стосунках, у т. ч. сімейних, *фізичний чинник (ФЧ) шлюбного потенціалу* має інтуїтивний характер: незалежно від статі одна людина несвідомо викликає в іншій симпатію або антипатію. Ця реакція, будучи індивідуальною, зумовлена фізичним виглядом (особливе значення має обличчя), тембром голосу, манерою поведінки, мовленням, жестикуляцією, одягом і запахом людини. ФЧ є досить стійким; не дуже змінюється (посилення або зменшення симпатії чи антипатії). У всіх людей незалежно від віку ФЧ тісно пов'язаний із сексуальним чинником. Чим молодша людина, тим яскравіше він виявляється. У людей з високим інтелектуальним, духовним, культурним розвитком ФЧ може підпорядковуватися культурному чиннику.

Матеріальний чинник шлюбного потенціалу (МЧ) зумовлюється внеском партнера у спільний матеріальний статус сім'ї, відповідністю цього внеску вимогам та очікуванням іншого партнера. Відповідність може бути високою і за великих вимог та адекватного їх задоволення, і за незначного внеску та невисоких вимог. МЧ може мати різне місце серед ціннісних орієнтацій партнерів.

Культурний чинник шлюбного потенціалу (КЧ) залежить від співвідношення інтелектуально-культурних запитів членів подружжя. Практична оцінка КЧ полягає у співвідношенні рівня освіти, захоплень, способів проведення дозвілля членів подружжя, врахуванні взаємних щодо цього претензій і докорів тощо.

Сексуальний чинник шлюбного потенціалу (СЧ) ґрунтується на відповідності реальної програми інтимної близькості кожного партнера очікуванням іншого. Він перебуває під дією багатьох чинників – віку і стану здоров'я, а також особливостей чоловічої і жіночої сексуальності.

Психологічний чинник шлюбного потенціалу (ПЧ) має особливе значення. На ньому фокусуються всі чинники, він визначає єдність і цілісність людської поведінки. ПЧ залежить від поєднання особистісних якостей партнерів, передусім характерів і рольових домагань.

Кожний чинник характеризується різною відносною величиною в різних шлюбах і може набувати неоднакової спрямованості. Їх поєднання утворює *шлюбний потенціал* (лат. роіептда – сила) – інтегральну характеристику шлюбного союзу, що характеризується певним співвідношенням шлюбних факторів. Для його вимірювання розроблено спеціальну тестову методику (Ю.Решетняк, 1978), результати застосування якої дають підстави для висновків про позитивний чи негативний індекс шлюбного потенціалу.

Українським законодавством встановлено такий мінімальний шлюбний вік: для чоловіків – 18 років, жінок – 17 років (в особливих випадках дозволяється брати шлюб у 16 років). Сприятливий шлюбний вік визначається не так фізіологічним дозріванням, як психологічною зрілістю, соціальною підготовленістю до подружнього життя.

Періоди росту, розвитку, старіння чоловіка і жінки неоднакові. Тому, яким би не було емоційне тяжіння між ними, значна різниця у віці може спричинити втрату кимось із партнерів інтересу до подружнього життя, хоч інший продовжуватиме його прагнути. На цьому тлі можливі взаємні претензії, конфліктні ситуації, навіть розірвання шлюбу.

На основі фізіологічних особливостей жіночого і чоловічого організмів, рівня соціально-психологічної готовності до шлюбу, І. Юнда систематизував оптимальне співвідношення віку осіб, які беруть шлюб.

Нарече на	Нарече ний	Нарече на	Нарече ний	Нарече на	Нарече ний
18	22—25	29	33—36	40	46—50
19	23—26	30	34—37	41	47—51
20	24—27	31	37—41	42	48—52
21	25—29	32	38—41	43	49—53
22	26—29	33	39—43	44	50—54
23	27—30	34	40—44	45	51—55
24	28—31	35	41—45	46	52—57
25	29—32	36	42—46	47	53—59
26	30—33	37	43—47	48	54—61

Аналіз таблиці дає підстави для виокремлення вікових груп щодо сприятливості для одруження:

1) жінки віком від 18 до 30 років. Сприятлива вікова різниця з чоловіком становить 4-7 років. Дівчата до одруження здобувають освіту, що забезпечує соціально-психологічну підготовку до створення сім'ї. Заміжжя у 20-24 роки відповідає фізіологічним функціям сім'ї (до настання пенсійного віку жінка встигає виростити і виховати дітей). Крім того, вагітність і пологи в 21-22 роки сприятливо позначаються на жіночому організмі, а жінка після них зберігає привабливість і молодість;

2) жінки віком від 31 до 40 років. Цей вік менш сприятливий для укладання шлюбу. Перші пологи після 30 років часто супроводжуються ускладненнями, а при народженні дитини після 40 років її виховання може бути не-безпроблемним (при досягненні дитиною 20-річного віку матері буде 60 років). Доцільна вікова різниця між членами подружжя в такому разі становить 6—10 років;

3) жінки віком 41-50 років. Раціональна різниця у віці партнерів – 6-15 років, середньостатистична – до 10 років. Ця вікова група ще менш сприятлива для народження і виховання дітей.

Уміщені в таблиці дані, рекомендації є відносними, вони не можуть гарантувати вдалого шлюбу. За великого взаємного кохання, соціально-психологічної сумісності щасливими можуть бути шлюби між особами однакового віку або із значною відмінністю вікових показників. Навіть і тоді, коли жінка старша за чоловіка.

Особливе значення для гармонійного спільного життя має психологічна сумісність партнерів, яку характеризують узгодженість функціонально-рольових очікувань, ціннісно-орієнтаційна єдність і

згуртованість, узгодженість у спільній діяльності, а також сумісність темпераментів, близькість реакцій на психологічні подразники.

ПСИХОЛОГІЧНІ ТИПИ СЕКСУАЛЬНИХ ПАРТНЕРІВ.

На підставі особливостей рольової поведінки С. Лібіх запропонував класифікацію психологічних типів сексуальних партнерів.

1. «Чоловік-батько». Людина похилого віку потребує значно молодшої, фізично слабшої, недосвідченої жінки, яка б схилилася перед ним. Його статевий потяг може бути невисоким або зниженим, але, володіючи мистецтвом залицяння, він зачаровує деяких жінок; у сексуальному спілкуванні невисоку потенцію компенсує використання різнобічних і точно вибраних пестошів.

2. «Чоловік-чоловік». Серед представників цього типу вирізняють:

а) активні (агресивні) чоловіки – молоді або середнього віку, добре розвинені фізично, настирні, дещо грубі. Вони мало диференціюють, але інтенсивно застосовують пестоші. У статевому акті – прибічники тривалих фрикцій, іноді схильні до завдання жінкам болю і морального страждання;

б) пасивні чоловіки – молоді або середнього віку, які потребують агресивності жінки. Вони схилиються перед жінкою, вважають себе не вартими її, винуватцями, які заслуговують покарання, навіть презирства. Надають перевагу жінкам з агресивними тенденціями в сексуальному житті.

3. «Чоловік-син». За світосприйняттям він завжди молодий, інфантильний. Часто будучи фізично слабким, невдахою, не соромиться розповідати жінці про це, сподіваючись, що вона його «пожаліє». У пестошах дещо манірний, вередливий, пасивний, очікує від жінки опіки й активності в статевому житті.

4. «Жінка-мати». Найчастіше такими бувають представниці середнього віку, хоч можуть бути серед них і молоді, у поведінці яких переважає мотив «врятувати», «підтримати», «виховати». Іноді вони йдуть на зближення з алкоголіками, психопатами, хронічними невдахами, сподіваючись «зробити їх людьми». Непривабливість, фізична слабкість, непрактичність, невдячність, хворобливість чоловіка можуть збуджувати, спонукати зробити кроки назустріч йому.

5. «Жінка-жінка». До цієї категорії належать:

а) пасивні («страждальниці») – часто молодші за чоловіка, схильні до покори, самопожертви, м'які, поступливі, піддатливі на все у статевому житті. Попри те, вони негативно реагують на його пасивність, слабкість і невдачі. Важливими характеристиками чоловіка вважають фізичну силу, нестандартну, красиву зовнішність. Колись такі жінки любили виходити заміж через «викрадення»;

б) активні, агресивні («жінки-володарки») – прагнуть самостійно обирати партнера, домінувати над ним. Свою закоханість можуть проявляти через іронію, критику, висміювання. У пестошах вони активні, акцентують невміння чоловіка, можуть одночасно лягтися і пестити, завдавати йому болю.

6. «Жінка-донька». Зазвичай вона значно молодша за чоловіка, стверджує, що в юності з однолітками було нудно, подобалися значно старші чоловіки. Навіть фізичні ознаки старості (наприклад, сивина волосся) її приваблюють. Така більше потребує тривалої сексуальної підготовки, ніж інтенсивного статевого акту.

Вважають, що, наприклад, «чоловік-син» і «жінка-мати» або «чоловік-чоловік» та «жінка-жінка» психологічно і в сексуальному плані є ідеальними парами. У таких пар, як «чоловік-батько» і «жінка-мати» або «чоловік-син» і «жінка-жінка», можлива дисгармонія щодо сексуальних потреб та очікувань.

Розвиток кожної сім'ї складається з таких фаз: передшлюбного періоду, періодів взаємної шлюбної адаптації (між реєстрацією шлюбу і народженням дітей) і природної редуції (зменшення), пов'язаної з виходом із сім'ї її членів (шлюб дорослих дітей, смерть одного з батьків).

Шлюб – це постійна психотерапія двох цілісних особистостей, процес змін, у якому людина може віддати деякі свої особисті права, привілеї та здібності в обмін на можливість належати до пари, яка дає кожному силу, необхідну для повноцінного життя в соціумі. У цій психотерапії кожний індивід проживає свої зв'язки з минулим, не лише з біологічними батьками і родичами, а й з багатьма союзами всього попереднього життя.

СТАДІЇ РОЗВИТКУ ШЛЮБУ.

Американський психолог Д.Вітакер виокремлює такі стадії розвитку шлюбу:

1) трикутник відносин з родичами. У цьому трикутнику чоловік думає, що одружувався з жінкою, а насправді він одружився з іншою

сім'єю. Він повинен здобути, забрати від них цю жінку, оскільки її біологічний зв'язок із сім'єю набагато сильніший, ніж психосоціальний зв'язок із чоловіком, за якого вона недавно вийшла заміж. Те саме стосується і дружини: вона думає, що оволоділа чоловіком, а насправді стала дочкою («другого гатунку») для його батьків, які сподіваються скористатися нею для продовження своєї сім'ї, але не хочуть відповідати за неї як за «свою»;

2) пошук спостерігача за процесом двосторонньої психотерапії, що відбувається серед подружжя. Це може бути залучення товариша, знайомого до розв'язання подружніх проблем, звернення до професійної терапії з наміром знайти керівника у спробах бути одночасно психотерапевтами і пацієнтами один для одного. За нормального перебігу подій виникає «професійний трикутник», у якому змінюється сам шлюб;

3) руйнування прихованого бар'єра «батьки-діти». Воно відбувається завдяки переходу від саркастичного тону спілкування до нормального, усвідомленню, що кожний партнер є рівноправним у стосунках;

4) свідоме прагнення до єдності. Подружжя, готуючись до появи дитини, заводять яку-небудь тварину, купує машину тощо, вважає, що це їхнє, спільне. Завдяки цьому вони з'ясовують, чи дадуть раду чомусь меншому, ніж людина, але такому, що вимагає спільних дій;

5) приєднання до своїх рідних і повторна індивідуалізація. Жінка може по-дорослому спілкуватися зі своєю сім'єю, одночасно належати до двох сімей: тієї, в якій вона народилась, і тієї, яку вона створює. Таким може бути зі своїми батьками і в новій сім'ї чоловік;

6) стосунки двох цілісних особистостей — чоловіка і дружини. На цій стадії виникає кохання, яке не залежить від сексуального потягу або сексуальної привабливості. Воно не подібне на первинну закоханість, зречення від особистих прав заради належності до системи (шлюбу, сім'ї), яка створюється;

7) свідоме залучення сторонніх (фахівців) у трикутник стосунків для спільного прийняття рішення. Такі наміри і дії мають на меті зробити свою команду ефективнішою, гнучкішою, сильнішою;

8) рівні стосунки. Взаємини у сім'ї стають настільки міцними, що члени подружжя можуть віддалятися один від одного та наближатися один до одного, усвідомлюючи, що вони є індивідуальностями і єдиним цілим;

10) психологічне розлучення і новий результат шлюбу. Відкриття радості і болю психологічного розлучення є основою цілковитої зрілості, спонукає уважно поставитися до небезпеки відмови від рішення продовжувати життя в єдиній сім'ї; народження дитини. У шлюбній парі раптом виникає новий трикутник (мати, батько і дитина), що змінює стосунки між членами подружжя;

11) створення союзу двох сімей (рівнозначних), звідки вийшли він і вона. Досягти такого союзу на емоційному рівні буває важко і неможливо, тому його нерідко імітують, подаючи псевдосоюзи між однією сім'єю і кимось з іншої сім'ї як союз двох великих груп.

Попри те що кожна людина символічно виражає сім'ю, з якої вона вийшла, потрібно, як зазначає Д. Вітакер, подолати довгий шлях, щоб з'єднати два незалежні біопсихологічні організми (сім'ї). Коли це відбувається, сім'ї стають громадою, в якій кожний поважає право іншого бути особистістю, присутні єдність, соціальна і психологічна цілісність. За цих умов сім'ї стають одна для одної груповими терапевтами, допомагають кожному бути терпимим до особливостей інших, мати силу єдності, свободу приєднуватися і відокремлюватися, все, що необхідно кожній родині.

Шлюб суттєво змінює сексуальну поведінку людей, у шлюбі секс стає регулярним. Зі звиканням молодят одне до одного розвіюються чари новизни і закоханості, секс перестає бути джерелом таких сильних відчуттів, як раніше. Юнацькі пориви і прагнення змінюють усвідомлення буденності реального життя. У перші роки шлюбного життя відбувається зниження сексуальної активності, а поява дітей зменшує можливості для усамітнення, породжує нові турботи, посилює втому.

Для дорослих людей, які перебувають у шлюбі, секс перестає бути чимось таємничим і забороненим, як для підлітків. Інтерес до нього в ці роки не зменшується, однак врівноважується іншими заняттями і клопотами, що є важливим компонентом розвитку особистості. Ті, хто не адаптувався до цього стану, відчують сексуальну невдоволеність, що спонукає їх шукати позашлюбні зв'язки чи думати про розлучення.

При оцінюванні гармонійності сексуальних стосунків у шлюбі враховують їх типові особливості на кожному етапі розвитку партнерських взаємин.

1. Етап первинної адаптації. Він може тривати від кількох тижнів до кількох місяців, а іноді й роки. При цьому відбувається відкриття

нових можливостей у сексуальних контактах, подолання забобонів, які можуть викликати сексуальне гальмування. Найчастіше воно виникає через невміння, небажання, інертність (бездіяльність), надмірну соромливість, брутальність тощо. За неможливості досягнути сексуальної гармонії подружжя розлучається або компенсує сексуальну незадоволеність любов'ю до дітей, різноманітними захопленнями, позашлюбними взаєминами (рідко).

2.Етап прогресуючої адаптації. Охоплює він перші роки подружнього життя, яким притаманні встановлення стійкого сексуального стереотипу, активне ритмічне статеве життя з повноцінним взаємним задоволенням, народження дітей. Це – найщасливіша пора інтимного життя. У жінки в цей час проявляється і розвивається сексуальність. Проблеми найчастіше пов'язані з неправильною контрацепцією, запальними процесами статевих органів, післяпологовими травмами й ускладненнями після абортів.

3.Етап стабільної адаптації. Цей етап триває до згасання сексуальної активності, характеризується зниженням статевої активності (наслідок інволюційних змін у організмі) або неадекватним підвищенням лібідо. Можлива добровільна відмова від статевого життя у зв'язку зі станом здоров'я, сімейними проблемами, незручністю перед дітьми, онуками тощо).

Найскладніший у сімейному житті перший період, коли молодята, не налагодивши інтимного життя, розлучаються або підтримують неповноцінні сексуальні стосунки.

Гармонія статевого життя не завжди супроводжується сімейним добробутом. Іноді в сім'ях партнерів не задовольняє їхнє статеве життя або сексуальна близькість, приносячи радість й задоволення, не підсилюється належними стосунками в інших сферах. Замість того щоб допомагати одне одному, подружжя щодня конфліктує, з'ясовуючи стосунки.

Навіть у відносно стабільних подружніх парах з кожним роком збільшується кількість сексуальних розладів. Ще в дослідженнях В.-Х. Мастерса та В. Джонсон (1970) було встановлено їх наявність майже у 50% американських пар. За іншими дослідженнями, у заможних високоосвічених сім'ях до 40% чоловіків мають порушення ерекції або сім'явиверження, до 63% жінок страждають від оргастичної дисфункції та інших сексуальних проблем (незадоволеність статевим життям, труднощі під час статевої близькості).

За твердженням соціолога Домініан, подружнє життя має характерні особливості у трьох основних вікових фазах: коли партнерам до 30 років (переважають романтичні взаємини, які зберігаються у середньому протязом 5 років); 30-50 років; понад 50 років. У молодого подружжя (до 30 років) сексуальні розлади спричинені боротьбою за головну роль у сім'ї, іншими конфліктами, матеріальними труднощами. У 30-50 років часто виникають післяпологові порушення лібідо, а сексуальні проблеми загалом проявляються через участь у позашлюбних зв'язках. Іноді в цей період спостерігаються гомосексуальні потреби. Після 50 років сексуальні проблеми у подружньому житті обумовлені процесами біологічної інволюції.

Останніми роками фахівці стверджують, що багато подружніх пар живе за дуже низького сексуального ритму (один раз на кілька місяців) або зовсім без сексуальних стосунків. Причинами цього є бажання позбавити дітей психічних травм, взаємні матеріальні зобов'язання, страх перед можливими після розлучення проблемами тощо.

Розвиток суспільства вносить свої корективи у структуру і функції сім'ї, зокрема в систему статевих ролей, механізми соціалізації, критерії добору, моделі побутової та сексуально-еротичної адаптації. Емансипація (звільнення від залежності) жінки, прагнення до економічної незалежності, підвищення життєвих стандартів відчутно актуалізували значення міжособистісної сумісності. У зв'язку з цим вимогливішими стали шлюбні партнери, збільшилась кількість фактів незадоволення шлюбними союзами, внаслідок чого почастишали розлучення, особливо через міжособистісну несумісність партнерів.

Установлення психологічної рівноваги і сексуальної відповідності в сім'ї може бути тривалим і складним. Адже кожна людина має свої індивідуально-психологічні особливості, які Майже 60% жінок і 80% чоловіків, як стверджують психологи, за життя мають мінімум один позашлюбний статевий можуть спричинити сімейні суперечності. Тому важливу роль у подружньому житті відіграє вміння своєчасно згладжувати розбіжності. Сімейні чвари здебільшого є наслідком непередбаченої до взаємного пристосування, вироблення нового психологічного режиму. Ці старання стають результативними на основі прагнення робити одне одному приємне, позитивне.

Майже в 70% випадків ініціаторами розірвання шлюбних стосунків є жінки, хоч це відбувається з вини чоловіків. Жінки — емоційніші,

запальніші, більш схильні до афектів. Нерідко їхня чуттєвість наштовхується на зневажливе ставлення не здатних до співпереживання чоловіків. Найчастіше чоловіки прагнуть бути лідерами там, де необхідна подружня рівність у правах і обов'язках. Крім того, останнім часом зазнає трансформації розподіл ролей, суттєво похитнувши образ «чоловіка-годувальника», «глави сім'ї». Однак протягом першої половини подружнього життя (від 20 до 35-40 років) чоловіки з усіх сил намагаються зберегти його видимість. Потім настає пора природного перерозподілу ролей. Жінка звільняється від необхідності весь час піклуватися про дітей, скованості у вияві власних бажань, постійного прагнення подобатися своєму чоловікові. Значно краще вона реалізує свої професійні амбіції. Унаслідок цього об'єктивно і суб'єктивно настає цілковита рівність у взаєминах між нею і чоловіком.

Іноді роками нагромаджені тягар сімейних обов'язків, злість, образа на партнера витісняють все, що колись вважалося коханням. Після душевного охолодження настає і сексуальне. Зменшення частоти статевих контактів із часом знижує рівень продукування статевих гормонів, що спричинює ослабленість статевого потягу.

Наскільки часто сексуальна незадоволеність є головною причиною розлучень, нез'ясовано, хоч спеціалісти з питань шлюбу переконані, що подібні проблеми досить поширені в невдалих шлюбах. Однак невідомо, чи передують ці проблеми іншим обставинам, що ускладнюють сімейне життя, чи відбувається навпаки.

Сексуальну незадоволеність нерідко намагаються пояснити сексуальною невідповідністю. Однак розгляд цієї проблеми з анатомо-фізіологічних позицій переконує, що в більшості випадків такої невідповідності немає, а ті аномалії, що спостерігаються в клінічній практиці (надмірні розміри статевого члена, дуже малі розміри входу до піхви тощо), не настільки поширені, щоб їх брати до уваги.

Фізіологічні стадії статевого акту, діапазон статевих переживань, гормональна регуляція статевої сфери представників різних статей мають певні особливості та відмінності. Однак вони не можуть суттєво впливати на виникнення сексуальної невідповідності.

Основною причиною статевих розладів у шлюбі є нерозвиненість навичок мистецтва кохання. Кожний десятий чоловік, який користується послугами повій, може в них закохуватися і продовжувати з

ними зв'язок. Стійкі позашлюбні прихильності частіше розвиваються у чоловіків, ніж у жінок, і вони зазвичай спричинюють розлучення.

Після розлучення статеве життя не завжди є стабільним. Для молодих людей це не має важливого значення, а для людей середнього і похилого віку цей фактор є суттєвим. Першою реакцією на розлучення часто є активізація статевого життя, яка супроводжується пережитими в молодості відчуттями. Це триває недовго, з часом підсвідоме прагнення до спокійного, розміреного життя, особливо сексуального, перемагає.

Необхідність знову вдаватися до залищань і побачень може спровокувати роздратування, зняковілість, від яких відвикли за роки шлюбного життя. Людину, яка не звикла до сексуальної свободи, пригнічує і власна сором'язливість. Невпевненість у своїй привабливості, сексуальних здібностях може поєднуватися з докорами сумління з приводу вступу в «аморальний» зв'язок. До цього часто додається відчуття, що час минає, тому необхідно, поки не пізно, знайти собі партнера. А паралельно виникає впевненість у тому, що повторний шлюб принесе більше задоволення, ніж самотнє життя. При повторних шлюбах постає багато проблем: як ростити і виховувати дітей від попередніх шлюбів, сплачувати й отримувати аліменти, вибудовувати стосунки з колишніми (дружиною, чоловіком). Крім того, у повторному шлюбі люди опиняються перед труднощами, які ускладнювали їх перший шлюб (егоїзм, пияцтво, відсутність порозуміння тощо), а також дублюються сексуальні проблеми (послаблений статевий потяг з новим партнером на перших порах може бути непомітним, та коли секс утрачає романтичну привабливість, ситуація повторюється).

Збільшення кількості розлучень, зміна поглядів на функцію шлюбу спонукають молодих людей (тих, що ніколи не були в шлюбі, розлучених) обережніше ставитися до одруження. А ліберальний погляд на позашлюбні статеві зв'язки, можливості контрацепції дали змогу багатьом парам відкрито підтримувати сексуальні стосунки, які називають цивільним шлюбом.

За сучасним українським законодавством, на цивільний шлюб поширюються правові норми, які регулюють подружні відносини.

Проживання разом може бути випадковим або тимчасовим; з метою підготовки до шлюбу, взаємного пристосування партнерів; замість шлюбу чи як альтернатива йому. Більшість студентських пар вважає проживання разом формою любовних стосунків, які ні до чого

не зобов'язують. Серед них є пари з твердими намірами пізніше одружитися. Нерідко проживання разом є своєрідним продовженням процесу залицяння. За теперішньої тенденції відносно пізнього шлюбу проживання разом є невід'ємним елементом сучасного життя. Дослідження таких пар із середньою тривалістю спільного проживання 2,5 року засвідчило, що частота статевих контактів у них була вищою порівняно з особами, які перебували в шлюбі. Зі збільшенням тривалості спільного проживання вона знижувалась. Крім того, було встановлено, що:

- а) при виникненні не пов'язаних із сексуальними стосунками ускладнень статеве життя людей, які просто проживають разом, знижується так, як і в одружених партнерів;
- б) жінка у цивільному шлюбі частіше, ніж заміжня жінка, ініціює статеву активність, однак за тривалого проживання разом чоловік нерідко відхиляє цю ініціативу;
- в) приблизно 30% партнерів у цивільному шлюбі мають сексуальні стосунки з третіми особами.

Цивільний шлюб, очевидно, не має шансів стати стабільним соціальним інститутом, доки зберігаються традиційні шлюбні стосунки. Класичний шлюб сприймають як вищу форму зобов'язання, цим він вабить людей, навіть тих, що проживають у цивільному шлюбі.

Жінки у цивільному шлюбі частіше відчують оргазм при всіх формах статевої активності, ніж ті, які вели самотній спосіб життя, хоч задоволення від статевих зносин і суб'єктивна здатність до оргазму у жінок обох груп були однаковими. Це пояснюють більшою впевненістю у собі жінок, які проживають у цивільному шлюбі, ширшим діапазоном сексуального досвіду, що полегшує настання оргазму.

Своє проживання у цивільному шлюбі більшість людей оцінює позитивно, стверджуючи, що це сприяє відчуттю зрілості, емоційному розвитку, збагачує навички міжособистісних і сексуальних стосунків. Багато з тих, хто здобув досвід цивільного шлюбу, стверджує, що ніколи не зважиться на одруження, не поживши певний час разом із партнером.

Цивільний шлюб не розв'язує всіх проблем, пов'язаних із підготовкою до одруження. Адже багато людей живуть разом без далекосяжних серйозних намірів. Через два роки після початку спільного життя більшість пар розпадається або цивільний шлюб

офіційно реєструється. Дві з кожних п'яти пар розпадаються упродовж першого року спільного життя. Крім того, у перші роки після офіційного шлюбу, особи, які перед тим жили разом, частіше сваряться, відчувають незадоволення спільним життям, ніж ті, що одружилися без попереднього спільного проживання. Як виявилось, цивільний шлюб не робить успішнішим вибір шлюбного партнера: 36% пар, які одружилися після спільного проживання, упродовж 10 років розходяться або формально розлучаються. Серед осіб, які одружилися без попереднього спільного проживання, – 27%.

Гармонійна сім'я — складний і достеменно не вивчений феномен, навіть люди, які прожили в злагоді багато років, виростили дітей і внуків, рідко знаходять відповіді на питання, що таке гармонія сімейного життя. Міцність сім'ї, подружнє щастя особливо залежать від особистісних якостей партнерів, їх соціальної зрілості, вихованості, культури почуттів, соціально-психологічної грамотності та вміння реалізовувати ці якості. Як правило, у міцних гармонійних сім'ях партнери психоемоційно, чуттєво доповнюють один одного. Гармонія подружнього життя програмується задовго до взяття шлюбу і залежить від інтелектуальної, психологічної та соціальної підготовленості до нього. Дружні сім'ї найчастіше створюють 18-22-річні жінки і 24-27-річні чоловіки. Однак це правило не є абсолютним: щасливі шлюбні союзи можливі між людьми різних "вікових категорій, з різною освітою і соціальним походженням. Спільне для них велике взаємне кохання, взаємоповага і психологічна відповідність. Це, очевидно, і є типовими ознаками сімейної гармонії, завдяки яким всі щасливі сім'ї подібні одна на одну.

ТЕМА 3. РОЗВИТОК СЕКСУАЛЬНОСТІ ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ

Діденко С.В., Козлова О.С. Психологія сексуальності:
Підручник.- К.: Академвидав, 2009.- С.168-228.

Запитання і завдання:

1. Назвіть та охарактеризуйте стадії психосексуального розвитку за З.Фрейдом.
2. Сформулюйте особливості психосоціального розвитку за Е.-Г.Еріксоном.
3. Охарактеризуйте психологічні аспекти сексуальності людини у різні періоди.

До народження статевий розвиток людини зумовлюється біологічними механізмами. Із формуванням ознак статі на нього починають впливати і психосоціальні фактори. У процесі свого розвитку дівчинка стає підлітком, дівчиною, жінкою, матір'ю, а хлопчик — підлітком, юнаком, чоловіком, батьком. Особливо відповідальними і складними в біологічному й особистісному планах є періоди становлення, розвитку і змін статевої функції людини, яка, на відміну від усіх інших, цілком залежить від віку. Кожному з вікових періодів властиві специфічні параметри норми й аномалії, в кожному з них можливі затримання або пришвидшення розвитку, поява ознак, що відповідають іншим віковим періодам, а також типові характерологічні реакції і психосоматичні взаємовпливи партнерів. Визначення термінів початку та особливо закінчення періодів досить відносне. Найважливіше у системі вікових періодів — послідовність стадій.

Паранубертатний період (від народження до 6—7 років)

Дослідження багатьох учених свідчать, що сексуальність людини починає розвиватися вже у віці немовляти, а сексуальні враження раннього дитинства впливають на прояви сексуальності в дорослому віці.

У цей період дитина долає особливо значущий шлях у своєму психічному розвитку, відкриває для себе світ людей і власний світ, починає усвідомлювати свою статеву ідентичність і все, що з нею пов'язано.

Психосексуальний розвиток дитини за З. Фрейдом

За концепцією психосексуального розвитку З. Фрейда, паранубертатному періоду відповідають оральна, анальна та фалічна стадії.

Оральна стадія (0-18 місяців) психосексуального розвитку дитини.

На цій стадії основним джерелом інтересу і задоволення є рот.

Немовлята харчуються завдяки смоктанню материнських грудей чи пляшечки, і ці смоктальні рухи приносять їм задоволення. Рот стає головним зосередженням їхньої активності та інтересу (головною ерогенною зоною).

Першими об'єктами-джерелами отримання насолоди стають материнські груди або пляшечка. Смоктання і ковтання, за З. Фрейдом, є прототипами кожного акту сексуального задоволення в майбутньому. У цей період у немовляти створюються установки шлюбності (незалежності, довіри та опори) стосовно інших людей.

Із часом материнські груди втрачають значення сексуального об'єкта і заміщуються частинами власного тіла. Дитина починає смоктати свій палець, язик, щоб зменшити напругу, спричинену нестачею постійного материнського піклування. Оральна стадія завершується з припиненням годування грудьми, через що немовля відчуває певні труднощі, адже його позбавляють задоволення. Чим більші ці труднощі (чим сильніша концентрація лібідо на оральній стадії), тим важче дитина долатиме конфлікти на подальших стадіях психосексуального розвитку.

У дитини, яка отримувала надмірну чи недостатню стимуляцію на оральній стадії, формується *орально-пасивний тип* особистості. Представники його є веселими, оптимістичними, очікують «материнського» ставлення до себе, постійно шукають схвалення, за яке готові віддати будь-яку ціну. Їхня психологічна адаптація полягає в надмірності довірливості, пасивності, незрілості, надмірній залежності.

У другій половині першого року життя починається друга фаза оральної стадії — *орально-агресивна, або орально-садистична фаза*. У немовляти з'являються зуби, завдяки чому кусання, жування стають важливими засобами вираження стану фрустрації, викликаного відсутністю матері чи відкладенням задоволення. Фіксація на орально-садистичній фазі проявляється в дорослих у таких рисах особистості, як схильність до суперечок, песимізм, саркастичні «покусування», цинічне ставлення до світу. Такі люди намагаються

експлуатувати інших, домінувати над ними з метою задоволення власних потреб.

Анальна стадія психосексуального розвитку (1,5 - 3 роки). Дитина, яка досягла цієї стадії, починає контролювати свій кишечник. Зонаю зосередження її лібідо є анус, а задоволення фокусується на утриманні чи виштовхуванні фекалій.

Поступово дитина привчається посилювати насолоду шляхом випорожнення кишечника. З. Фрейд був переконаний, що спосіб, у який батьки привчають дитину до туалету, суттєво впливає на розвиток її особистості: на анальній стадії закладаються основи всіх майбутніх форм самоконтролю і саморегуляції. Привчаючи дитину до туалету, батьки нерідко поводять себе не гнучко і вимогливо, наполягаючи, щоб дитина за їх вказівкою «сходила на горщик». У відповідь вона може відмовитися виконувати накази, і в неї почнуться запори. Якщо це «утримання» постійно повторюватиметься, у дитини може сформуватися *анально-утримувальний* тип особистості. Доросла людина з таким типом особистості є впертою, скупю, методичною і пунктуальною, погано переносить безлад, неясність і невизначеність. Іншим результатом суворості батьків у таких ситуаціях може стати формування *анально-виштовхувального* типу особистості. Такі люди схильні до руйнувань, неспокійні, імпульсивні, навіть садистично жорстокі. У любовних стосунках вони сприймають партнерів передусім як об'єктів володіння.

Якщо батьки стимулюють дитину до регулярного випорожнення кишечника і хвалять її за це, тобто підтримують прагнення дитини контролювати себе, це виховує позитивну самооцінку, може навіть сприяти розвитку творчих здібностей.

Фалічна стадія (2-6) років психосексуального розвитку. Основним джерелом задоволення і насолоди для дитини на цій стадії стають статеві органи. Її інтереси, зумовлені лібідо, спрямовуються в зону геніталій. Діти можуть розглядати, досліджувати свої статеві органи, мастурбувати, проявляти допитливість до питань, пов'язаних із народженням, статевими стосунками. За припущенням Фрейда, більшість дітей знає про суть сексуальних стосунків значно більше, ніж думають про це батьки. Вони можуть бути свідками статевого акту батьків (більшість сприймає його як агресивні дії батька стосовно матері) або змальовувати у своїй уяві сексуальні сцени, що

ґрунтуються на певних репліках батьків чи на поясненнях інших дітей.

На фалічній стадії психосексуального розвитку дитина переживає конфлікт, який З. Фрейд назвав *Едіповим комплексом* (у хлопчиків) та *комплексом Електри* (у дівчаток). Суть цього конфлікту полягає в несвідомому бажанні дитини вступити в статевий акт з батьком протилежної статі, оволодіти ним та одночасно усунути (аж до ибвства) батька своєї статі. У хлопчика об'єктом кохання є мати. З моменту народження вона є для нього головним джерелом насолоди, і він хоче володіти нею, виражати еротичні почуття щодо неї так само, як це роблять дорослі. У цьому своєму прагненні він може намагатися звабити матір, гордо демонструючи їй свій статевий член; хоче стати її шлюбним партнером, тобто грати роль свого батька, якого сприймає як конкурента. Унаслідок цього батько стає для хлопчика головним суперником чи ворогом. Водночас хлопчик здогадується про свій нижчий порівняно з батьком статус (батько має більший статевий член) і розуміє, що батько не терпітиме його романтичних почуттів до матері. Суперництво породжує побоювання хлопчика, що батько позбавить його пеніса. Цей страх уявного покарання з боку батька, який змушує хлопчика відмовитися від прагнення до інцесту з матір'ю, Фрейд назвав *страхом кастрації*.

У 5-7 років Едіпов комплекс минає: хлопчик придушує (витісняє зі свідомості) сексуальні бажання стосовно матері і починає ідентифікувати себе з батьком (переймає його риси). У процесі ідентифікації хлопчик, намагаючись бути таким, як батько, засвоює цінності, моральні норми, установки, моделі статевої поведінки чоловіків. Крім того, він уже зможе утримати матір як об'єкт кохання шляхом заміщення, оскільки вже володіє якостями, які мати цінує в батькові.

У дівчаток першим об'єктом кохання є мати. Однак на фалічній стадії психосексуального розвитку, цікавлячись будовою статевих органів, дівчинка усвідомлює, що в неї немає статевого члена, як у батька чи брата, що може символізувати для неї нестачу сили. Унаслідок цього в дівчинки розвивається заздрість до пеніса, що певною мірою є психологічним аналогом страху кастрації в хлопчиків. Її проявами є відкрита ворожість дівчинки до матері, докори їй за те, що народила її без пеніса, намагання покласти на неї відповідальність за це. Фрейд вважав, що в деяких випадках дівчинка може низько оцінювати власну жіночість, вважаючи свою

зовнішність «дефективною». Водночас дівчинка прагне володіти батьком, бо в нього є цей бажаний орган. Знаючи, що пеніс здобути вона не зможе, дівчинка шукає інші джерела сексуального задоволення як замітники. У зв'язку з цим сексуальне задоволення дівчат віком 5-7 років фокусується на кліторі, кліторна мастурбація супроводжується маскулініними фантазіями, в яких клітор уявляється пенісом.

Багато експертів вважає пояснення Фрейдом комплексу Електри непереконливим. Одні стверджують, що мати в родині не має такої влади, як батько, тому не може сприйматися як загроза. Інші наголошують, що у дівчинки від самого початку немає пеніса, тому в неї не може розвиватися настільки інтенсивний страх, як у хлопчика, який жахається кастрації як покарання за інцестне бажання.

Із часом дівчинка, вважає З. Фрейд, позбавляється комплексу Електри, придушивши тяжіння до батька та ідентифікувавшись із матір'ю. Ставши схожою на матір, вона отримує символічний доступ до батька, підвищуючи шанси жінки хочуть, щоб їхній первісток був хлопчиком, – так вони отримують «власний пеніс».

Дорослі чоловіки з фіксацією на фалічній стадії поводять себе зухвало, вони хвалькуваті і необачні, постійно прагнуть досягти успіху (успіх для них символізує перемогу над батьком), довести свою мужність і статеву зрілість, переконують інших, що вони – «справжні чоловіки». Один із шляхів досягнення цієї мети – завойовування жінок (поведінка за типом донжуана). У жінок фалічна фіксація зумовлює схильність до флірту, зваблювання, невпорядковані статеві зв'язки, хоч іноді вони можуть здаватися наївними, невинними із сексуального погляду. Деякі з них борються за верховенство над чоловіками, проявляють надмірну наполегливість, самовпевненість, тобто є жінками, які «каструють» чоловіків. Нерозв'язані проблеми Едіпового комплексу Фрейд тлумачив як основне джерело невротичних моделей поведінки, особливо пов'язаних з імпотенцією чи фригідністю.

Психосоціальний розвиток дитини за Е.-Г. Еріксоном

За концепцією психосоціального розвитку особистості американського психоаналітика Еріка-Гомбергера Еріксона (1902-1994), парапубертатному періоду відповідають орально-сенсорна, м'язово-анальна та локомоторно-генітальна стадії.

Оральна-сенсорна стадія психосоціального розвитку (від народження до 1 року). Типологічно вона відповідає оральній стадії

за З. Фрейдом. Головним у формуванні здорової особистості на цій стадії є загальне почуття базальної довіри або впевненості. Немовля, яке має почуття «внутрішньої визначеності», сприймає соціальний світ як безпечне, стабільне місце, а людей – турботливими та надійними.

Рівень розвитку почуття довіри до інших людей і світу залежить від якості материнської турботи, яку отримує дитина. Саме завдяки материнському піклуванню у неї закладається основа почуття «все добре». Почуття довіри не залежить ні від кількості їжі, ні від проявів батьківської ніжності, воно пов'язане зі здатністю матері передати своїй дитині почуття впізнаваності, постійності і тотожності переживань. Немовля має довіряти не лише зовнішньому світу, а й собі, набути здатності ефективно справлятися з біологічними спонуками. Дитинка, яка довіряє собі, може переносити відсутність матері без надмірного страждання і тривоги з приводу «відокремлення» від неї.

Перша психологічна криза, характерна для цієї стадії, спричинена ненадійністю матері, неспроможністю її піклуватися про дитину, відторгненням її. Це породжує в дитини установку страху, підозрілості, побоювань за своє благополуччя, яка спрямована на світ загалом і окремих людей; у всій повноті вона проявляється на подальших стадіях розвитку. Почуття недовіри посилюється тоді, коли дитина перестає бути для матері головним центром уваги, а мати повертається до занять, які залишила на час вагітності, або народжує наступну дитину.

Батьки, які дотримуються протилежних принципів і методів виховання, почувуються невпевнено в батьківській ролі, чия система цінностей суперечить притаманній для їх культури, створюють для дитини атмосферу невизначеності, невпевненості, що також спричинює появу почуття недовіри. Наслідками недовіри є депресія в немовлят та параноя (нав'язливі маячні ідеї) у дорослих.

Здоровий розвиток немовляти не є результатом лише довіри, він обумовлюється сприятливим співвідношенням довіри та недовіри. Розуміння того, чому не слід довіряти, є однаково важливим, як і розуміння того, чому довіряти необхідно. Без цього неможливе прийняття рішень. Позитивною психосоціальною якістю, якої набуває дитина в цей період, є *надія* – здатність сподіватися. У дорослих вона слугує основою релігійної віри, підтримує впевненість у значущості і надійності культурного простору.

М'язово-анальна стадія психосоціального розвитку (1-3 роки). Вона відповідає анальній стадії за З. Фрейдом. У цей період дитина досягає певної автономності (самостійності) і самоконтролю. Опановуючи норми туалетної (привчаючись до горщика) поведінки, дитина виявляє, що контроль з боку батьків може бути формою піклування і приборкання. Ця стадія є вирішальною для встановлення співвідношення між добровільністю і впертістю. Почуття самоконтролю без втрати самооцінки в подальшому стає джерелом впевненості у вільному виборі; надмірний сторонній контроль і втрата самоконтролю можуть стати поштовхом для постійної схильності до сумнівів і сорому.

До цієї стадії дитина цілком залежала від батьків, які піклувалися про неї. Із розвитком нервово-м'язової системи, мови, соціальної вибірковості вона починає досліджувати світ довкола себе, більш незалежно взаємодіяти з ним, прагне все робити самостійно («Я – сам»). Позитивне вирішення психосоціальної кризи на цій стадії за лежить від готовності батьків поступово надавати дитині свободу в здійсненні контролю. Якщо дитині не дозволяють розвивати свою автономність і самоконтроль, у неї з'являється відчуття сорому, подібне до спрямованого на себе гніву. Сором виникає, коли батьки роздратовано і наполегливо роблять за дитину те, що вона могла б зробити сама, чи вимагають від неї того, що вона зробити ще не спроможна. Якщо батьки весь час надмірно опікують дитину чи залишаються байдужими до її потреб, у неї починають переважати почуття сорому або сумніви у своїй здатності контролювати світ і себе. Замість набуття впевненості в собі, вміння ладнати з іншими така дитина починає думати, що до неї ставляться підозріло і несхвально. Вона пасує перед тими, хто нею керує. У неї формуються невпевненість у собі, слабка воля.

Локомоторно-генітальна стадія психосоціального розвитку (3-6 років). Відповідає вона фалічній стадії за Фрейдом. Психосоціальний конфлікт відбувається між ініціативою та провинноюю.

У цей період дитина розв'язує нові завдання, набуває нових навичок, виявляє відповідальність за свій світ: іграшки, домашніх улюбленців, молодших братів і сестер. Вона зацікавлюється працею інших, встановлює контакти з однолітками і старшими дітьми за межами дому, бере участь у різноманітних іграх. Завдяки цьому дитина починає відчувати, що її сприймають як людину, зважають на

неї, її життя набуває мети. «Я – те, ким я буду» — так виявляється її самоідентичність.

Від ставлення батьків до проявів у дитини власного волевиявлення залежить, яке в неї з'явиться почуття — ініціативи чи провини. Діти, чий самостійні дії отримують схвалення, відчують підтримку своєї ініціативи. Цьому сприяє також визнання батьками права дитини на допитливість і творчість. Почуття провини провокують батьки, які не дозволяють дитині діяти самостійно, карають за вияв потреби любити й отримувати любов від батька протилежної статі (Е.-Г. Еріксон поділяв думку З. Фрейда стосовно Едіпового комплексу). Дитина, яка переживає провину, почувається покинутою і нікчемною. Вона боїться постояти за себе, їй не вистачає цілеспрямованості та рішучості, щоб ставити перед собою реальні цілі та досягати їх. Постійне почуття провини може спричинити в майбутньому загальну пасивність, імпотенцію чи фригідність.

Психологічні аспекти сексуальності дитини у паранубертатному періоді

Дитяча сексуальність є одним із найменш досліджених у психології сексуальності питань. Адже дані стосовно сексуальної поведінки дітей, отримані від дорослих респондентів, є неточними та недостовірними (дорослі можуть погано пам'ятати свої відчуття і почуття в дитинстві, приховувати певні спогади, щоб виглядати «нормально»). Опитування дітей щодо їх сексуальних відчуттів і поведінки неможливі з багатьох міркувань. Тому дослідникам, які зосереджені на питаннях дитячої сексуальності, доводиться покладатися на здогадки, змоглядні висновки, дані культурологічних досліджень аборигенів, які вважають нормальними сексуальні ігри дітей.

До появи праць З. Фрейда побутувала думка, що сексуальність у дітей відсутня. Деякі дослідники, визнаючи її існування, не розголошували інформації про неї, вважаючи її гріховною та небезпечною. Суперечливість у поглядах не подолана і дотепер. Багато батьків відчуває дискомфорт при будь-яких проявах сексуального інтересу в дитини, бо тлумачать їх як ненормальні або не знають, як себе поводити, зважаючи на власні сексуальні проблеми та упередження.

Передпубертатний період (від 6-7 до 11-12 років)

У передпубертатному періоді основними факторами розвитку сексуальності стають самодослідження та взаємодія з однолітками. У

цей період активно формуються самоусвідомлення, самооцінка, Я-концепція, Я-образ, що позначаються на поведінці особистості і спілкуванні із представниками протилежної статі.

Психосексуальний розвиток за З. Фрейдом

Передпубертатному періоду в теорії психосексуального розвитку З. Фрейда відповідає латентний період. Однак деякі діти можуть не мати латентного періоду в розвитку своєї сексуальності.

Для латентного періоду (6-12 років) характерне сексуальне затишшя. У цей час нові ерогенні зони не з'являються, а сексуальний інстинкт дремає, тому по суті він не є стадією психосексуального розвитку.

Завдяки *сублімації* (зосередження енергії, афективних потягів на соціальній діяльності або творчості) лібідо дитини спрямовується на не пов'язані із сексуальністю види діяльності: інтелектуальні заняття, спорт, стосунки з однолітками. Латентний період Фрейд розглядав як підготовку до дорослішання і не надавав йому важливого значення, попри те що за часом він триває стільки ж, скільки дві попередні стадії разом.

Психосоціальний розвиток за Е.-Г. Еріксоном

У психосоціальній теорії Е.-Г. Еріксона передпубертатному періоду також відповідає латентна стадія (6-12 років).

На початку латентної стадії дитина, навчаючись у школі, засвоює елементарні культурні норми, підвищується її здатність до логічного мислення та самодисципліни, взаємодії з однолітками відповідно до певних правил. Любов дитини до батька протилежної статі і суперництво з батьком своєї статі, за Еріксоном, у цьому віці сублімує та виражається у внутрішньому прагненні до набуття нових навичок та успіху. У дітей розвивається працелюбство: «Я – те, чому навчився».

Небезпека латентної стадії полягає в можливості появи почуття неповноцінності або некомпетентності. Наприклад, якщо дитина сумнівається у власних здібностях чи статусі, це може відбити бажання навчатися далі. Почуття неповноцінності може розвиватися і тоді, коли дитина виявляє, що стать, раса, релігія чи соціально-економічне становище, а не рівень знань та мотивації, визначають її особисту значущість і гідність. Почуття компетентності і працелюбство дитини в цей період сильно залежать від шкільної успішності.

Психологічні аспекти сексуальності у передпубертатному періоді

Ідеї З. Фрейда про період латентної сексуальності у пізньому дитинстві, тобто заміну сексуальних інтересів та імпульсів не сексуальними поведінкою та інтересами, не поділяє багато сучасних дослідників психології сексуальності. На думку Дж. Мані, він є періодом сексуальної сором'язливості та обачності, коли сексуальні ігри діти використовують таємно. Крос-культурні дослідження свідчать, що в суспільствах, які допускають сексуальні ігри дітей, такі ігри тривають і нерідко частішають саме в перед-підлітковому віці. Це підтверджується даними А.-Ч. Кінзі. Докладне дослідження дитячої сексуальності, під час якого було опитано 800 дітей віком 5 років і старших з Австралії, Північної Америки, Великої Британії та Швеції, також не підтвердило наявності в процесі загального розвитку дитини стадії, на якій затримується її сексуальний розвиток. Навпаки, у цей віковий період діти проявляють підвищений інтерес до статевих питань, який з кожним роком посилюється. Тому латентна фаза є швидше відображенням суспільних обмежень на прояви сексуальності, а не наслідком дії внутрішніх психічних сил.

Уже 6-7-річні діти зазвичай знають про головні анатомічні відмінності людей різної статі, розуміють недоречність оголення на людях. Безперечно, самосвідомість дитини формується під впливом батьків, повсякденного спілкування вдома, однак і за цих обставин природна допитливість дітей виявляється в іграх у «лікарню», «дім», які допускають сексуальне спілкування. Його формами є взаємний огляд зовнішніх статевих органів, торкання їх, поцілунки, навіть введення сторонніх предметів у піхву чи пряму кишку.

Сексуальне експериментування можливе серед дітей однієї чи обох статей. Мета його полягає в отриманні знань («Як я відрізняюся від інших людей, схожих на мене?», «Чим представники протилежної статі відрізняються від мене?»), випробуванні забороненого (хто виявить провину; як на неї відреагують; як можна буде вийти із цієї ситуації тощо). Обидві складові мети доповнюють одна одну, оскільки заборонене знання зазвичай видається привабливішим, ніж легкодоступне.

За твердженням В.-Х. Мастерса і В. Джонсон, участь дітей у таких іграх є універсальним явищем, хоч деякі дослідження (переважно вони ґрунтуються на спогадах) не підтверджують значної їх

поширеності. За даними А.-Ч. Кінзі, лише 45% дорослих жінок і 57% чоловіків згадують про участь у сексуальних іграх у такому віці.

Дитячі сексуальні ігри у звичайних умовах із психологічного погляду не є небезпечними, а можуть бути і корисними для формування навичок спілкування. Психологічно небезпечна різка реакція батьків. Дитина, яку застали за сексуальною грою наодинці або з іншими дітьми, добре відчуває негативну реакцію батьків, однак не поділяє її. Адже, з її погляду, – це гра. Батьки, зауваживши, що їхня дитина мастурбує чи грає в сексуальні ігри з іншими дітьми, бачать у цьому тільки секс. Їхні погрози, застереження, що така поведінка може мати жахливі наслідки, лякають дитину. А твердження, що це – «брудно», можуть сприйматися буквально, наслідком чого стає негативне ставлення до сексу в майбутньому.

У ставленні батьків до участі дитини-школяра в сексуальних іграх нерідко проявляється подвійний стандарт. Дівчат зазвичай суворо попереджають про необхідність утримання від таких ігор, особливо із хлопцями. Хлопчиків теж застерігають чи навіть карають за участь у таких іграх, виявляючи поблажливе ставлення, навіть гордість («хлопці мають бути хлопцями»). Мовчазний дозвіл хлопчикам задовольняти свою сексуальну допитливість (за винятком гомосексуальних ситуацій) не поширюється на дівчаток. Із настанням пубертатного періоду подвійний стандарт у ставленні батьків до проявів сексуальної поведінки хлопців і дівчат стає ще помітнішим (цей стандарт поширюється і на дорослих).

Із 8-10 років бажання подібатися переростає в першу закоханість, яка зазвичай буває «без відповіді», призводить до страждань і фантазування. Дівчаткам властива «колективна закоханість» у когось із дорослих – кіноакторів, співаків, спортсменів. Фантазування більше притаманне дівчаткам, ніж хлопчикам, і може бути різноманітним залежно від їх індивідуальних особливостей. Платонічні фантазування підпорядковуються соціальним законам розвитку колективу, «моді» на закоханість, яка поширюється серед дівчат одного соціального прошарку. Приєднання до платонічної закоханості сексуального компонента залежить від індивідуальних темпів статевого дозрівання, активності глибинних структур мозку, гормонального розвитку. Із формуванням еротичного компонента лібідо у фантазуваннях з'являються мрії про зустріч, прагнення пестощів, еротичних взаємин, тілесного контакту. Раптовий сплеск еротичних почуттів, зміни власної зовнішності можуть травмувати

дитячу психіку, спричинити виникнення *дисморфофобії* – психічного розладу, що проявляється у нав'язливих, важких переживаннях своєї фізичної неповноцінності.

Сексуальний досвід дітей старшого віку не впорядкований і не такий суттєвий, як решта подій їхнього життя. Попри те, іноді він містить усі можливі сексуальні дії, в т. ч. спроби статевих зносин, навіть успішні. Діти займаються мастурбацією наодинці або в гетеросексуальних і гомосексуальних парах, групах, серед них можливі сексуальні ігри з тваринами і предметами, випадки орального й анального сексу. До 8-9 років вони вже знають про еротичний елемент такої поведінки, тому такі «ігри» вже є не лише іграми. Статеве збудження при цьому виявляється не просто побічним продуктом, а метою певних дій. Воно може супроводжуватися сексуальними фантазіями, стимулювати захоханість. Завдяки цьому діти вчаться вибудовувати свої стосунки в соціумі, що має важливі наслідки для розвитку здатності до психосексуальної адаптації в дорослому віці.

Пубертатний період (12-17 років)

Упродовж пубертатного періоду, тобто періоду статевого дозрівання, у фізичному стані підлітка відбуваються суттєві зміни: «ривок росту», формування вторинних статевих ознак (у дівчат з'являються менструації, у хлопчиків – здатність до еякуляції). Внутрішня перебудова організму закінчується досягненням статевої зрілості. На цьому етапі життя відбуваються важливі зміни у психіці.

Психосексуальний розвиток особистості у пубертатному періоді **за З. Фрейдом**

У пубертатному періоді, за теорією З. Фрейда, настає остання, генітальна стадія психосексуального розвитку. Генітальна стадія (від статевого дозрівання до смерті) є стадією статевої зрілості, коли лібідо зосереджується на статевих органах, людина встановлює гетеросексуальні інтимні стосунки.

Із настанням статевої зрілості відновлюються сексуальні й агресивні спонуки, інтерес до протилежної статі, підвищується рівень його усвідомлення. У початковій фазі генітальної стадії відбуваються біохімічні та фізіологічні зміни в організмі. Репродуктивні органи досягають зрілості, викидання гормонів ендокринною системою зумовлює появу вторинних статевих ознак (оволосіння обличчя у чоловіків, розвиток молочних залоз у жінок). Результатом цих змін

стають властиві підліткам посилення збудливості, підвищення сексуальної активності. Загалом початок генітальної стадії характеризується найповнішим задоволенням сексуального інстинкту.

Згідно з теорією Фрейда, всі підлітки проходять через «гомосексуальний» період, протягом якого вибух сексуальної енергії спрямовується на людину своєї статі (вчителя, сусіда, однолітка), так само, як це відбувається під час долаття Едіпового комплексу. Хоча явна гомосексуальна поведінка не є універсальним досвідом, у цей період підлітки надають перевагу спілкуванню з однолітками своєї статі. Однак поступово об'єктом енергії лібідо стає партнер протилежної статі, починається залицяння. Захоплення юнацтва підводять до вибору шлюбного партнера та укладення шлюбу.

Генітальний характер, за психоаналітичною теорією, є ідеальним типом особистості. Це – зріла і відповідальна в соціально-сексуальних стосунках людина, яка відчуває задоволення в гетеросексуальному коханні. Розрядка лібідо в статевому акті забезпечує можливість фізіологічного контролю над імпульсами, що надходять від статевих органів; контроль стримує енергію інстинкту, і тому вона досягає найвищої точки в справжньому інтересі до партнера без почуття провини чи конфліктних переживань.

Щоб сформувався ідеальний генітальний характер, людина має відмовитися від властивої ранньому дитинству пасивності, коли любов, безпека, фізичний комфорт та інші форми задоволення давалися легко і нічого не вимагалося натомість. Людина повинна навчитися працювати, відкладати задоволення, виявляти стосовно інших тепло, турботу, бути активною у розв'язанні життєвих проблем.

За наявності у ранньому дитинстві різноманітних травматичних переживань з відповідною фіксацією лібідо адекватне входження в генітальну стадію стає проблематичним або взагалі неможливим. Усі конфлікти в пізніші роки, на думку З.Фрейда, є наслідком сексуальних конфліктів, пережитих у дитинстві.

Психосоціальний розвиток особистості у пубертатному періоді за Е.Г.Еріксоном

За концепцією психосоціального розвитку Е.-Г. Еріксона, пубертатному періоду відповідає підліткова стадія (12-19 років), коли основним психосоціальним параметром є Его-ідентичність.

У підлітковий період людина опиняється перед різноманітними соціальними вимогами, новими ролями. Їй необхідно зібрати всі знання про себе (як сина/дочку, студента, спортсмена, музиканта тощо) й логічно інтегрувати ці образи в особисту ідентичність, що є усвідомленням її минулого і майбутнього. Елементами Его-ідентичності, за Е.-Г. Еріксоном, є:

- постійне сприймання себе внутрішньо тотожним собі, формування образу себе, який склався в минулому і спрямовується в майбутнє (формування Я-концепції);

- фіксування значущими іншими тотожності і цілісності в індивіді (молодим людям потрібна впевненість, що вироблена ними внутрішня цілісність буде прийнята значущими іншими людьми);

- досягнення молодими людьми впевненості, що внутрішня цілісність та її сприйняття взаємоузгоджуються (самосприйняття має підтверджуватися зворотним зв'язком у міжособистісному спілкуванні).

У соціальному й емоційному вимірах з'являються нові способи оцінювання світу і свого ставлення до нього: молоді люди можуть вигадувати ідеальні родини, релігії, філософські системи, суспільні устрої тощо.

На розвиток ідентичності відчутно впливають соціальні групи, з якими молода людина себе ідентифікує. Наприклад, надмірна ідентифікація з популярними героями (кінозірками, рок-музикантами тощо), представниками контркультури (революційними лідерами, делінквентними особистостями) «вириває» ідентичність з її соціального оточення, придушуючи особистість.

Нездатність досягти особистої ідентичності Е.-Г. Еріксон назвав *кризою ідентичності* – рольовим змішуванням, що найчастіше характеризується нездатністю обрати фах, продовжити освіту, відчуттям власної непотрібності, душевного розладу та безцільності. Такі люди відчувають власну непристосованість, деперсоналізацію, відчуженість, іноді проявляють *негативну ідентичність* – ідентичність, протилежну тій, яку їм пропонують батьки й однолітки.

Позитивна якість, яка є результатом цього періоду, – *вірність*, тобто здатність молодої людини не зраджувати своїм прихильностям, обіцянкам, попри неминучі суперечності в системі цінностей, здатність приймати мораль, етику та ідеологію суспільства і їх дотримуватися.

Психологічні аспекти сексуальності у пубертатному періоді

На розвиток сексуальності на цьому етапі життя впливає пубертатна криза, яка є дуже складною. Її характер обумовлюється не лише гормональною, а й радикальною перебудовою психічної сфери. Це пов'язано з перехідним характером розвитку підлітка: внутрішньо він уже не може миритися зі своїм пасивним станом залежної дитини, та зовнішнє середовище відкидає його право на прийняття відповідальних ролей дорослого, примушуючи відчутти власну соціальну незрілість та економічну залежність.

На фоні загальної вразливості психіки особливо страждає сексуальна сфера. У пубертатному періоді статеве свідомість переходить від романтичної стадії через засліплення сексуальною фазою з її постійною фіксацією психіки на генітальній сфері до стадії зрілої статевої свідомості, поєднаної з високими ідеалами кохання.

Специфічне поєднання впливу біологічних і соціальних факторів у пубертатному періоді породжує типові зміни у психіці підлітка, які передусім пов'язані з формуванням характеру, особистісних якостей. Саме в цей період спостерігається пік індивідуально-типологічних проявів у діапазоні від м'якої акцентуації характеру до значних психопатичних девіацій.

Із усвідомленням власної індивідуальності зменшується залежність підлітка від батьків, підвищується значення стосунків з однолітками. У процесі спілкування з ровесниками він отримує необхідні підтримку і спонуки. У цьому віці надзвичайно сильне бажання жити по-своєму, виправляти помилки минулих поколінь. Потреба підлітків у свободі поєднується з бажанням бути подібними до своїх друзів, хоч поєднати це часто не вдається. Підліток стає рабом «норми», і найменше відхилення від групового стандарту щодо манери триматися, зачіски, одягу різко загострює в ньому почуття недосконалості. Одночасно з розвитком самосвідомості, посиленням рефлексії виникає почуття самотності, загострюється потреба в розумінні його переживань, товариській участі, груповому прийнятті. Паралельно з цим відбувається активний процес закріплення психосексуальної орієнтації з побудовою еталонного образу партнера.

Підлітки особливо бажають виглядати привабливо. Це бажання безпосередньо стосується того, як вони сприймають власне тіло, який його образ вони для себе створили. Цінність особистості нерідко вимірюється зовнішньою привабливістю, і підлітки, які перебувають

під впливом засобів масової інформації, дуже швидко починають це усвідомлювати. У сучасному світі навіть дорослі надмірно стурбовані власною зовнішністю, а в підлітків ця стурбованість переходить раціональні межі. Це спричинено тим, що 15-річний хлопець може бути на 15 см нижчим середньої дівчини свого класу, а 14-річна дівчина може важити 65 кг при зрості 165 см. Страждання від усвідомлення власної неповноцінності робить їх сором'язливими. «Як я виглядаю?» – це питання для підлітка набагато серйозніше, ніж для дорослого, адже в цьому віці кожна і всі разом фізичні особливості стають предметом ретельної уваги і вивчення. Підліток прагне будь-якою ціною уникнути неподібності на інших, а будь-яке небажане фізичне відхилення від стандарту призводить до глузувань чи відторгнення його однолітками.

Надмірна концентрація уваги на власній зовнішності спричинена тим, що підліток ще не відчув себе особистістю, тому для нього питання «Як я виглядаю?», «Яким інші мене бачать?» тотожні питанню «Хто я є?». Крім того, більшість підлітків ще не виробило достатньо широкої концепції самооцінки на основі власних достоїнств, особистісних особливостей і характеру стосунків з людьми, яка б могла бути противагою думці про власну непривабливість.

Стурбованість підлітка власною зовнішністю посилюється тим, що в процесі статевого дозрівання відбувається ріст тіла, змінюються його розміри, форми та обриси. Дівчатка-підлітки можуть переживати, спостерігаючи за розвитком молочних залоз, порівнюючи їх параметри з тим, що бачать у подруг і знайомих. Хлопці також помічають ріст молочних залоз у дівчат-однолітків, нерідко порівнюючи їх розміри в однокласниць. Із цієї причини надмірний розвиток, як і малі розміри, грудей викликає в дівчат саме зніяковілість.

Зосередження уваги хлопців на розмірах власних статевих органів не є таким загостреним, оскільки вони не настільки помітні. Однак хлопці оцінюють міру чоловічої зрілості за зростом, розвитком м'язів, наявністю волосся на обличчі, зниженням тембру голосу. Підлітки, які повільно розвиваються фізично, відчувають страх перед роздягальнею, де їм доводиться оголювати тіло та виставляти його на огляд однолітків, адже через недостатній розвиток м'язів вони можуть бути піддані глузуванню. Ця стурбованість власною зовнішністю у більшості випадків з подальшим фізичним і психічним розвитком

поступово зникає, однак у підлітковому періоді вона має першочергове значення.

Переживання у зв'язку з уявленнями про власне тіло цілком логічні, оскільки встановлено прямий зв'язок між фізичною привабливістю та соціальним статусом у групі підлітків.

У пубертатному періоді хлопці й дівчата стурбовані не лише власною зовнішністю, а й вивченням власного тіла. Це може бути для них непростою проблемою, оскільки дорослі часто не пояснюють їм усіх аспектів статевого дозрівання, а нестача знань породжує тривогу. Зокрема, багато дівчат не знає, що підвищення концентрації естрогенів у крові супроводжується нормальними виділеннями з піхви, і нерідко бентежить чи відчуває тривогу, зауважуючи плями на нижній білизні. Хлопці можуть так само реагувати на нічні еякуляції, якщо ніхто не пояснить їм, що це – результат нормального розвитку організму. Неочікувана ерекція, яка виникає в невідповідні моменти (наприклад, коли хлопчика викликають до дошки), також викликає розгубленість чи хвилювання.

Одним із способів пізнання підлітками власного тіла є роздивляння та обмацування. Деякі з них можуть годинами розглядати найдрібніші подробиці будови зовнішніх статевих органів, користуючись люстерком, лінійкою, сантиметровою стрічкою (особливо це стосується хлопчиків), щоб дізнатися їх розміри. Так само ретельно дівчата-підлітки розглядають свої груди, звертаючи увагу на різницю в їх розмірах, наявність чи відсутність волосся на навколососкових ділянках, розмір і форму сосків. Зовнішній огляд зазвичай переходить в обмацування, під час якого підлітки обох статей, експериментуючи, намагаються зрозуміти, які відчуття і реакції приносить їм те чи інше торкання.

Таке ознайомлення із власним тілом поступово призводить до усвідомлених спроб досягти статевого збудження. Підліткам цікаво, в який спосіб можна збудити себе, наскільки швидко це станеться, як пов'язати фантазії з їх фізичним наслідком, чи довго триватиме збудження, як швидко воно відновиться, як послабити його на певний час, якими є відчуття під час оргазму або після збудження без оргазму. Все це є репетицією майбутньої сексуальної активності, сприяє кращому розумінню себе.

Процес пізнання власного тіла в кожного підлітка відбувається по-різному. Однак більшість хлопчиків, щоб задовольнити свою допитливість, усамітнівшись, робить спроби надіти презерватив. Із

подібною метою дівчата-підлітки пробують ввести у піхву якийсь предмет. Допитливість, бажання «діяти, як дорослі» – нормальні компоненти розвитку в підлітковому віці.

Сексуальні фантазії та мастурбації у пубертатному періоді

У пубертатному періоді хлопці починають відчувати насолоду, змальовуючи у своїх мріях і фантазіях оголені жіночі тіла. У дівчат фантазії ще не мають конкретного еротичного характеру. Неконкретні образи їхньої уяви фокусуються на незнайомому, але вродливому герої дівочих мрій, який приносить незабутні хвилини щастя і невідомі відчуття. Ці напівабстрактні уявлення пов'язані з виникненням відчуттів, за яких у всьому тілі з'являється збудливе тремтіння.

Сексуальні фантазії, сновидіння в підлітків виражені чіткіше, ніж у дітей молодшого віку. Нерідко вони супроводжуються мастурбацією. За даними досліджень, лише в 7% дівчат та 11% хлопців підліткового віку, які практикують мастурбацію, вона не пов'язана із сексуальними фантазіями; у 50% підлітків фантазії постійно супроводжуються мастурбацією. Сексуальні фантазії у пубертатному періоді посилюють задоволення від сексуальної активності, слугують сурогатом (замінником) реального (однак недосяжного) статевого досвіду, викликають статеве збудження й оргазм, забезпечують психічну підготовку до майбутньої сексуальної активності, створюють можливість для безпечного сексуального експериментування.

Період статевої зрілості (18-55 років)

Найтривалішим є період статевої зрілості, коли людина досягає найвищого рівня розвитку, реалізації своїх можливостей, самостверджується в усіх сферах, знаходить життєвого супутника, розкривається у сексуальному аспекті. Водночас їй доводиться долати вікові кризи, які позначаються на її особистісному самопочутті, інтимних аспектах життєдіяльності.

Психосоціальний розвиток особистості у період статевої зрілості за Е.Г.Еріксоном

У теорії психосоціального розвитку Е.-Г. Еріксона періоду статевої зрілості відповідають стадія ранньої дорослості і початок стадії середньої дорослості.

Рання дорослість (20-25 років). На цій стадії психосоціального розвитку настає формальний початок дорослого життя. Вона є

періодом залицянь, раннього шлюбу, початку сімейного життя, формування інтересів, пов'язаних із професією. За переконанням Е.-Г. Еріксона, як і З. Фрейда, лише в цьому віці людина стає справжньому соціально і сексуально готовою до інтимних стосунків (до цього більшість проявів сексуальної поведінки було спрямовано пошуком Его-ідентичності). Раннє досягнення ідентичності і початок продуктивної праці спонукають до нових міжособистісних стосунків. На одному полюсі цього виміру – інтимність, на іншому – ізоляція. *Інтимність* (є глибинним почуттям до шлюбного партнера, друзів, батьків, братів, сестер та інших родичів. Інтимність – це здатність «злити» в одне ціле свою ідентичність з ідентичністю іншої людини без побоювання щось у собі втратити. Саме цей аспект інтимності Еріксон вважав основою міцного шлюбу. Однак справжнє почуття інтимності неможливе, доки не буде досягнута стабільна ідентичність: щоб перебувати у справжніх інтимних стосунках, людині необхідно усвідомити, ким є вона сама. А підліткове «кохання» може бути лише спробою перевірити власну ідентичність з використанням при цьому іншої людини. Тому юнацькі шлюби, укладені у віці 16-19 років, не такі тривалі порівняно із шлюбами тих, кому за двадцять. На думку Еріксона, багато молодих людей, особливо жінок, вступає у шлюб, щоб здобути свою ідентичність в іншій людині та завдяки їй. Однак не можна побудувати здорові стосунки, здобуваючи у такий спосіб ідентичність. Інтимність передбачає більше, ніж просто сексуальну близькість, вона може включати емпатію (співпереживання, співчуття), відкритість між друзями. У широкому розумінні – здатність віддавати себе комусь.

Головна небезпека цього періоду полягає в надмірній захопленості собою, уникненні міжособистісних стосунків. Наслідком нездатності встановлювати спокійні, довірливі міжособистісні стосунки є почуття самотності, соціального вакууму та *ізоляції*. Занурені в себе молоді люди можуть вступати у виключно формальні (роботодавець – працівник) чи поверхові контакти, відгороджують себе від справжніх взаємин, оскільки пов'язані з інтимністю високі вимоги загрозливі для них. Часто вони виявляють відчуженість та незацікавленість у стосунках із колегами.

Нормальним виходом із кризи цього періоду є кохання. Крім романтичного, еротичного смислів, Е.-Г. Еріксон вбачав у ньому здатність довіряти себе іншій людині, бути вірним у цих стосунках,

навіть якщо вони потребують поступок, самопожертв. Цей тип кохання виявляється у взаємній турботі, повазі, відповідальності за іншу людину.

Середня дорослість (26-64 років). Основна проблема цієї стадії психосоціального розвитку полягає у виборі між продуктивністю та інертністю.

Продуктивність з'являється разом із стурбованістю людини добробутом майбутнього покоління, станом суспільства, в якому воно житиме і працюватиме. Продуктивність – турбота про тих, хто прийде на зміну, про те, як допомогти їм ствердитися в житті, обрати правильний шлях. Отже, основною темою психосоціального розвитку особистості в цей час є турбота про майбутній добробут людства. Творчі і виробничі елементи продуктивності персоніфіковані в усьому, що передається від покоління до покоління (технічні вироби, ідеї, витвори мистецтва).

Позитивна якість цього періоду – турбота, яка виникає з усвідомленням значущості певних людей, справ, питань тощо. Вона є психологічною протилежністю байдужості й апатії, природним бажанням зробити щось для майбутніх поколінь.

Дорослі люди, яким не вдається стати продуктивними, поступово переходять у стан захопленості собою, основним предметом їхньої турботи стають особисті потреби та зручності. Ці люди не піклуються ні про кого і ні про що, а лише потурають власним бажанням. Із втратою продуктивності припиняється діяльне функціонування особистості в суспільстві (інертність), її життя пов'язане із задоволенням власних потреб, збіднюється міжособистісні стосунки. Це явище – «криза старшого віку» – виражається в усвідомленні безнадійності, безглуздості життя.

Психологічні аспекти сексуальності у період статевої зрілості

Статева зрілість пов'язана із соціально-психологічною самоідентифікацією особистості, усвідомленням власної самоцінності, індивідуальної неповторності, формуванням, утвердженням критеріїв добору партнерів, самореалізацією в усіх сферах життя, в т. ч. сексуальній.

Розвиток сексуальності в юнацькі роки (18—20 років)

Для періоду юнацтва характерні такі прояви сексуальності, як нескінченні фантазії, мастурбація, перші статеві контакти, постійні сексуальні ексцеси. Статева свідомість доходить до сексуальної фази з нав'язливою фіксацією психіки на генітальній сфері.

У ці роки статевий потяг найсильніший. Юнак переживає перманентний (постійний) сексуальний голод. Його сексуальні фантазії, мрії надзвичайно інтенсивні, він постійно відчуває бажання, навіть будучи дуже зайнятим, піддаючись фізичним навантаженням. Незмінною відповіддю на будь-яку фізичну або психологічну стимуляцію є спонтанна ерекція. За відсутності сексуальної партнерки юнаки для досягнення оргазму використовують мастурбацію. За твердженням А.-Ч. Кінзі, в ці роки рефрактерний період нетривалий, юнак здатний на 4-8 оргазмів на добу. Велика кількість м'язової тканини у передміхуровій залозі обумовлює силу оргазму й інтенсивні відчуття.

Внутрішній стан юнака орієнтований на постійний пошук потенційної партнерки. Поступово й непомітно нейтралізується сором, а пасивні оцінювальні погляди замінюються активними залицяннями. У розмовах, будь-яких видах взаємин юнак демонструє дівчині, що вона йому подобається. Дівчина відчуває, що заради взаємності почуттів юнак готовий зробити для неї все. Досягнувши взаємності, він починає добиватися «більшого».

У незайманій дівчині навіть за найсильнішого кохання і внутрішньої згоди віддатися коханому спроби оволодіти нею можуть викликати природний опір. Причиною цього є те, що усвідомлення потягу до близькості і здатність до переживання оргазму настає пізніше – як правило, після початку регулярного статевого життя. У цей період дівочі фантазії набувають чуттєвого характеру, в них усе більше проявляється еротичний фон, бажання бути об'єктом залицяння молодих людей.

Єдиною «зброєю» дівчини в цей час є флірт. Мова флірту охоплює різноманітні засоби: викличний закоханий погляд, непомітно-удаване зачіпання, відкрито-відверте торкання. У міміці відображається сексуальне збудження, підсвідомо спрямоване на зваблення представників протилежної статі. Молоді люди сприймають флірт по-різному: одні залишаються байдужими до нього, інші легко йому піддаються. Ще до перших інтимних стосунків у молодих людей виробляється еталон статевої поведінки і сексуальних можливостей «нормального» чоловіка. Чим вищий ступінь очікування, тим сильнішим і глибшим може бути розчарування. Перший досвід, як правило, закінчується не так, як уявлялося. Недосвідчений юнак неспроможний ще зважати на всі потреби і почуття своєї партнерки, звиряти власні відчуття з реакцією дівчини. Його охоплюють

пристрасть і сильне бажання володіти жіночим тілом, ствердити свою мужність. Безконтрольність почуттів призводить до передчасної еякуляції (іноді ще до потрапляння члена в піхву), тимчасової імпотенції тощо. Головне розчарування, яке може спіткати юнака, – невідповідність реальних відчуттів після володіння жіночим тілом очікуваним.

Розчарування дівчини за глибиною може не тільки не поступатися, а й перевищувати розчарування хлопця. Адже здебільшого дівчата йдуть на перший сексуальний контакт не за власною потребою, а через страх втратити коханого. Почуття фізичного болю, яке виникає внаслідок невмілих дій недосвідченого партнера, посилюється болем душевним, пов'язаним із власним «приниженням», чимось «поганим», відсутністю у дівчини за першої фізичної близькості радісних почуттів.

Особливо проблемним у сексуальному житті молодих людей є вибір поведінки в ліжку. Чоловічий інстинкт самоствердження, спрямований на оволодіння партнеркою, робить збудженого юнака рабом власних бажань. Дівчина прагне не так фізичного, як духовного союзу, тому недосвідченому партнерові доводиться долати не тільки її фізичний, а й психологічний опір. Тому його ставлення до партнерки, обрана ними поведінка можуть надовго залишити позитивне або негативне враження від статевого акту, навіть спричинити взаємне розчарування.

Приблизно у 20 років молоді люди починають відчувати, що вони дорослішають. У юнаків може з'явитися тенденція до триваліших моногамних стосунків, намагання здобути сексуальний досвід за рахунок повторних контактів. На фоні цього дівчина психологічно і фізично поступово втягується у сексуальне життя. Збільшується вагінальна любрикація, з'являються багаторазові оргазми, усвідомлюються пристрасті та бажання, зникає сором'язливість. Деякі молоді люди в цей час одружуються, після чого психологічні обставини їхнього життя відчутно змінюються. Ранні шлюби часто свідчать про претензії людини на високу соціальну зрілість, дефіцит емоційних прихильностей у батьківській сім'ї. Після укладення шлюбу молодята вже не сприймають статевиx стосунків як прерогативу дорослих.

Психологічні особливості сексуальності в період ранньої зрілості (20-40 років)

На період ранньої зрілості припадають найважливіші події: одруження, вибір професії, формування кар'єри, ствердження як особистості. На зміну юнацьким амбіціям (іноді нічим не підкріпленим) приходить тверезий погляд на себе й інших людей, відповідальність за свої вчинки у міжособистісних стосунках і сімейному житті.

Унаслідок тенденції до пізніх шлюбів багато чоловіків і жінок, вийшовши з юнацького віку, довго холостякують, що впливає на їхні характери і статеву поведінку. Немало 20-30-річних людей вважає важливішим набути сексуального досвіду, ніж зберегти незайманість.

Представники цієї вікової групи менше піддаються «сексуальному тиску» однолітків, ніж підлітки, однак сильніше відчувають потребу в розширенні сексуального досвіду. Звільнення від батьківської опіки забезпечує більше свободи і можливостей для сексуальних контактів. Залежно від характеру статевої поведінки В.-Х. Мастерс, В. Джонсон та Р. Колодні розрізняють такі типи холостяків:

- експериментатори, які судять про цінність сексуального досвіду за частотою, різноманітністю і змістом контактів, розраховуючи у майбутньому стати розсудливішими;
- ті, що прагнуть знайти ідеал, змінюючи партнерів у пошуках найкращого;
- консерватори, які охоче заводять знайомства, відкладаючи сексуальні контакти до «більш серйозних стосунків». До одруження у них може бути кілька сексуальних партнерів, та завжди у будь-який конкретний період вони мають зв'язок лише з одним із них.

У ранній зрілий вік одні постійно відчувають сексуальну незадоволеність, інші повноцінно пізнають найбільші радощі інтимного спілкування з близькою людиною. Внутрішні конфлікти можуть спричинити почуття сексуальної провини, аморальності власної поведінки у підлітковому, юнацькому віці. Властиві підліткам сумніви щодо власної сексуальної повноцінності нерідко зберігаються до раннього зрілого віку, внаслідок чого молода людина страждає від невпевненості у своїх фізичних можливостях, здатності до статевого стосунку.

Попри це, статеву активність молодих людей обох статей у період ранньої зрілості значно вища, ніж була раніше. Однак молодість, холостяцький стан автоматично не забезпечують щасливого

сексуального життя. Зокрема, в дослідженні 250 студентів 43% з них вказали, що їх турбує відсутність часу для сексуальних стосунків; 40% – неможливість усамітнення з партнером; 37% майже в половині спроб статевого акту відчували ускладнення внаслідок недостатнього зволоження піхви чи недостатньої ерекції; 30% жінок не відчували оргазму, 23% чоловіків мали передчасні еякуляції.

Водночас у суспільстві поступово утверджується думка про неприйнятність підтримання сексуальних стосунків одночасно з кількома партнерами, хоч, як вважають, «хороший секс» можливий і без кохання. Ця тенденція, особливо в США та Європі, є наслідком пропаганди профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом, зокрема СНІДу. Багато молодих людей, крім того, висловлює несхвалення випадкових статевих контактів через відсутність душевної близькості партнерів.

Дискомфорт молодих людей, які задовольняються випадковими контактами, американський журналіст П. Марін пояснює так: «Сексуальна свобода та необмежена можливість вибору не роблять людину однозначно щасливою, більше того, вони приносять розчарування, стрес, конфліктні ситуації. Інакше кажучи, наскільки свобода розширює сексуальні можливості, настільки примножує й ускладнює супутні неприємності, помилки і шкоду, яку ми наносимо один одному».

Деяких дослідників турбує шкідлива, на їхню думку, тенденція до комерціалізації сексу: «Коли секс стає товаром, кредо споживача "Чим більше, тим краще" поширюється і на статеві стосунки. Добре мати одного партнера, а двох – іще краще, і кінцевою метою сексуального спілкування стає оргія. Якщо один оргазм – це добре, то ще краще довгий, як китайський феєрверк, ланцюг оргазмів... Ми хочемо мати сексуальний досвід з такою ж наполегливістю, як накопичуємо матеріальні цінності, ми намагаємося урвати своє, поки не зникли сили».

За твердженням В.-Х. Мастерса та В. Джонсон, стосункам у ранньому зрілому віці притаманні теплота, піднесеність почуттів та повна відсутність тривожних відчуттів. Навіть випадкові статеві контакти приносять користь у фізичному та психологічному аспектах. Попри бажання багатьох молодих людей мати неупорядковані сексуальні стосунки, очевидна тенденція до встановлення їх на основі прихильності та кохання.

Психологічні особливості сексуальності в середньому віці (40-55 років)

У період зрілої сексуальності частота статевих актів стабілізується, наближається до індивідуальних норм, обумовлених статевою конституцією, морально-психологічними установками й умовами життя. Із дорослішанням людини її індивідуальність все більше виходить з-під контролю норм, стандартів поведінки соціального середовища і стає вільною в особистісних проявах. Це позначається і на сексуальному житті. Середня частота статевих зносин (2-3 рази на тиждень), яка встановлюється в цей період, є найстійкішою впродовж усього життя. Виникає природна стабілізація режиму статевої активності, яка найбільш відповідає статевій конституції і життєвим умовам індивіда.

На цьому життєвому етапі питання, які не були вирішені в юності, актуалізуються. Іноді людині буває важко визначитися щодо власних відхилень чи захворювань, нормальних проявів зрілої сексуальності відповідно до особливостей і конституції. Перед нею постає питання, наскільки нормальна інтенсивність її статевого життя. Суб'єктивні відчуття в організмі, які виникають після коїтусу, не завжди можуть бути прийнятними. З огляду на це людина встановлює оптимальний рівень статевої активності, який може не узгоджуватися з конституційними показниками.

Ближче до 40 років починається пора, яку називають «середнім віком», коли людина усвідомлює, що більшу половину життя вже пройдено. У цей час безоглядний оптимізм, енергія молодості поступаються місцем розумінню суворих реалій життя, більшість людей вперше замислюється над цінністю життя і своїм життєвим шляхом. Для багатьох середній вік пов'язаний із переосмисленням накопиченого досвіду, переоцінкою цінностей. Наслідком таких роздумів часто буває невдоволення тим, чого вдалося досягти. Життєвий баланс визначається не так досягненнями й успіхами, як співвідношенням бажаного і досягнутого. Відчуття неможливості кардинальних змін, усвідомлення власної неспроможності у боротьбі із собою, образа на обставини, які могли б бути сприятливішими, негативно впливають і на статеve життя; водночас відбуваються вікові фізіологічні зміни, порушення функцій різних органів, що призводить до «кризи середнього віку».

У контексті сексуального життя чоловіки особливо сильно переживають кризу, піддаючись думці, що в 40 років минає пік

«сексуальної форми». Почувши про це, вони починають надмірно зосереджувати увагу на своїх сексуальних можливостях, перевіряти їх. Засумнівавшись у своїй сексуальній спроможності, вони можуть відчувати труднощі в досягненні і підтриманні ерекції. Тому до багатьох чоловіків приходить відчуття, що ерекція настає не так швидко, як раніше, а повторна ерекція – дуже рідкісне явище. У цьому вони знаходять підтвердження правильності своїх сумнівів, окреслюючи власні проблеми. Деякі чоловіки, опинившись у такому становищі, намагаються знайти собі молодшу партнерку, інші звинувачують дружину. Становище чоловіка середнього віку в сексуальному плані справді вразливе. Навіть якщо він звернеться до лікаря, не виключено, що почує: «У вашому віці про це можна не хвилюватися».

Критичний період у середині життя жінки рідше пов'язаний із змінами її сексуальних можливостей, а жіноча криза сексуальності принципово відрізняється від чоловічої. На початку четвертого десятиліття років жінка більше відчуває особисту незалежність і відкидає сором'язливість. Набутий сексуальний досвід дає їй змогу забути свою роль напівпасивної партнерки чоловіка і спрямувати інтимні стосунки відповідно до особистих бажань, які увиразнюються, підштовхують її до ініціювання нових знайомств і зв'язків.

Отже, у цей період сексуальність чоловіка згасає, а жінка, навпаки, активізує своє сексуальне життя. Це нерідко спричинює непорозуміння між ними, які навіть загрожують спільному життю. Нетерпимість, роздратування у між-статевому спілкуванні є симптомами наближення кризи.

Внутрішній стан людини середнього віку обумовлюють інші фактори, ніж у молодості: страх перед наближенням старості, підвищена втомлюваність, зміни статевого потягу тощо.

Для жінки середній вік – це час, коли, звільнившись від піклування про дітей, вона може зайнятися собою, реалізувати свою індивідуальність. Вихід дітей з родини може спричинити і так званий синдром «порожнього гнізда», тобто депресію, байдужість, розгубленість перед великою кількістю вільного часу. Період підвищеної вразливості іноді передусь менопаузи чи синхронізується з нею, що стає тяжким випробуванням для жінки.

Синдром «порожнього гнізда» вражає не лише жінок, а й чоловіків. Розлучення з дітьми, які залишають родину, іноді породжує депресію в чоловіків, які раптово виявляють, що шлюб і дружні зв'язки

позбавлені сенсу без них. Такі події можуть і сприятливо вплинути на подружжя. Партнери отримують змогу більше часу приділяти одне одному, уважніше придивитися до своїх стосунків. У щасливих сімейних парах свобода від присутності в домі дітей, сексуальний досвід, знання одне одного відкривають нові можливості для насолод. У сім'ях, які зберігалися тільки заради дітей, а сексуальні стосунки підтримувалися штучно, дорослішання дітей, вихід їх у самостійне життя породжує важку і нестерпну кризу, глибокі депресії та сексуальні розлади.

Інволюційний період (від 55 років)

Зазвичай вважається, що секс – це заняття для молодих, здорових та привабливих людей, тому думка про сексуальні стосунки людей похилого віку більшості видається шокуючою, натомість потреба в інтимній близькості, душевному хвилюванні та насолоді з роками не зникає, а біологічні процеси старіння не блокують статевої функції.

Психосоціальний розвиток особистості в інволюційному періоді за Е.-Г. Еріксоном

За теорією психосоціального розвитку Е.-Г. Еріксона, на інволюційний період припадають завершення стадії середньої дорослості, а також стадія пізньої дорослості (від 65 років). Вона є останньою стадією психосоціального розвитку особистості, протягом якої відбувається еґо-інтеграція.

У цей час людина згадує своє життя, досягнення та невдачі, переглядає свої рішення. їй доводиться пристосовуватися до зниження фізичної сили, погіршення стану здоров'я, усамітненого способу життя, погіршення матеріального становища, смерті шлюбного партнера, близьких друзів, встановлення стосунків із людьми свого віку. Фокус уваги зсувається від турбот про майбутнє до минулого досвіду. Остання криза – додавання, інтеграція та оцінювання всіх минулих стадій розвитку особистості.

Почуття *еґо-інтеграції* полягає у здатності людини переглянути все своє минуле життя (включаючи шлюб, дітей та онуків, кар'єру, досягнення, соціальні стосунки) і сказати собі: «Я задоволений». Невідворотність смерті таку людину не лякає, оскільки вона бачить продовження себе в нащадках, досягненнях. І навпаки, людина може ставитися до свого життя як до низки нереалізованих можливостей та помилок. Вона усвідомлює, що вже запізно починати все спочатку, шукати нові шляхи, щоб відчути цілісність свого Я. Нестача чи відсутність інтеграції в такої людини проявляється у вигляді

прихованого страху смерті, відчутті того, що «щось може статися». Е.-Г. Еріксон виокремив два домінуючих типи настрою у роздратованих і розлючених людей похилого віку: шкодування про те, що життя не можна прожити заново, та заперечення власних недоліків шляхом проекції їх на зовнішній світ.

Для сприяння еґо-інтеграції люди похилого віку мають брати участь у вихованні онуків, політиці, оздоровчих фізкультурних програмах тощо, займатися чимось значно більшим, ніж просто міркуваннями про власне минуле.

Психологічні аспекти сексуальності в інволюційному періоді

Якщо вікові періоди статевої активності здебільшого мають чіткі межі (пубертатний – вік пробудження лібідо, що співвідноситься з віком першої еякуляції та початком статевого життя; період статевої зрілості – встановлення стабільного рівня статевого стосунків у шлюбі, особливо після пережитих ексцесів «медового місяця»), то інволюційний період не має чіткого початку. Для його визначення потрібні спеціальні критерії.

Пов'язане з віком фізіологічне зниження сексуальності визначають, за Г.Васильченком, беручи до уваги такі критерії:

1) зміна характеру лібідо, тобто втрата ним відтінків наполегливості і нестриманості;

2) необхідність певних зусиль для пробудження всіх основних проявів, потрібних для здійснення статевого акту. Це пов'язано з прирівнюванням емоційного настрою до ерекції або ерекції до емоційного настрою (якщо в пубертатному періоді та періоді статевої зрілості навіть спонтанна ранкова ерекція супроводжувалася еротичними фантазіями, а обговорення з привабливою жінкою буденних тем провокувало ерекцію і в не інтимній обстановці, то з початком інволюційного періоду чоловік може виявляти, наприклад, вдячність ланці, вдаючись до пестощів і поцілунків, без виникнення ерекції);

3) зміна характеру статевого абстиненції. Об'єктивно вона проявляється в переході від парціальних (часткових) абстиненцій до абсолютних (тотальних), суб'єктивно – у втраті дискомфорту у зв'язку з вимушеними абстиненціями.

Останнім часом у зв'язку із збільшенням у суспільстві питомої ваги літніх людей проблема їх сексуального життя набуває особливої актуальності. Сучасне суспільство орієнтоване на молодих; у

суспільній думці превалює уявлення, що в похилому віці люди не цікавляться і не займаються сексом, не мають сексуальних потреб. На обговорення цих питань молодь реагує з недовірою та відразою. Причиною цього є ототожнення сексуальності з дітонародженням, тому вихід людини з репродуктивного віку сильно впливає на уявлення про її сексуальність. Негативізм суспільства стосовно кохання і сексу в похилому віці певною мірою пов'язаний з *агеїзмом* – упередженим ставленням до людей через те, що вони старі.

Молоді люди не замислюються, що сексуальна потреба не завжди залежить від віку, а підвищена сексуальна активність у молоді роки має певне продовження і в інволюційному періоді, бажання літньої людини реалізувати свою пристрасть не є ознакою відхилення. У похилому віці сексуальні радощі можуть бути не менш важливими, ніж у юнацькі роки. Молодь сприймає зміни сексуального життя як дуже віддалену і не головну проблему. З віком одні люди сприймають зміни у своїй сексуальності як належне, інші відчувають тривогу та неспокій.

Оскільки сексуально активною вважають людину, яка бере участь у статевому акті, займається оральним або анальним сексом чи мастурбує навіть один раз на місяць, можна стверджувати, що приблизно 50% людей, старших 60 років, є сексуально активними. А 15% населення продовжує активне статеве життя до 80 років. Звичайно, літні люди рідше займаються сексом, але вони з успіхом можуть пристосуватися до вікових фізичних змін.

На сексуальне життя людини похилого віку впливають передусім її індивідуальні особливості. Ще А.-Ч. Кінзі встановив існування зв'язку між рівнем сексуальної активності людини в ранній зрілості та в подальші роки. Люди, які в молоді роки виявляють значний інтерес до сексуального життя, зберігають його і в похилому віці. Іншим чинником підтримання сексуальної активності є регулярний секс (з партнером або мастурбація), який підтримує задовільні сексуальні можливості у зрілому і похилому віці.

Необхідною умовою для продовження сексуального життя в похилому віці є здоров'я. Адже не вік сам по собі, а погане здоров'я, хвороби спричинюють відмову від сексуальних стосунків. Хвороба змінює не лише сексуальну, а й всю поведінку партнерів. У похилому віці часто відбувається втрата супутника життя. Спочатку овдовіла людина відкидає будь-які думки про відновлення статевого життя, можливість нового зв'язку її лякає, видається огидною. Із часом вона

адаптується до нової ситуації, і сприйняття багатьох життєвих питань змінюється. Пошук нового партнера, з одного боку, викликає страх («Що подумають діти, родичі, друзі?»), однак бажання весь час нагадує про себе. Тривала відсутність статевих контактів зумовлює виникнення синдрому детренованості – невідповідності ерекції та емоційного настрою.

Люди старшого віку можуть переглянути свої погляди на сексуальні та любовні стосунки. Не сексуальні, товариські міжстатеві стосунки не виключають можливості фізичного контакту та емоційної близькості, що може сприяти встановленню нових сексуальних зв'язків. Життєвий досвід, тривале самопізнання та прийняття самого себе допомагають досягати високого рівня інтимності в стосунках. Кількість стресів, пов'язаних з роботою, дітьми та професійними досягненнями, у похилому віці зменшується, і в партнерів з'являється більше часу для спілкування. З віком люди рідше вступають у генітальний контакт, однак з інтересом та задоволенням пестять одне одного, обіймають, цілують. Для підвищення задоволення починають використовувати фантазійні або сексуальні матеріали, займаються мануальною та оральною стимуляцією, використовують вібратор, різні пози під час коїтусу тощо.

Багато жінок з приємною для себе несподіванкою відкриває відсутність тимчасового обмеження сексуальної здатності. Попри те що більшість фізіологічних реакцій поступово уповільнюється, задоволення від сексу, оргазм можна відчувати усе життя. Крім цього, зі зниженням дітородної функції жінки статеве життя залишається фізіологічно виправданим як нормальне явище. Однак підготовка до статевих актів стає тривалішою, оскільки через зменшення еластичності стінок піхви та виділення секрету можливі неприємні відчуття під час статевих актів. Незважаючи на збереження здатності до оргазму та наявність вагінальної смазки, сексуальний інтерес жінок знижується, бажання послаблюється, а думки про секс із коханою людиною вже не збуджують.

Старіння більше позначається на сексуальності жінок, ніж чоловіків. Жіноча здатність до дітонародження згасає з настанням клімаксу, а чоловіча здатність до репродукції – повільніше. Фізичні характеристики привабливості жінки (м'якість шкіри, пружність грудей, стрункість тощо) зникають швидше, ніж у чоловіка. Сиве волосся чоловіка може бути ознакою сексуальної привабливості, у

жінки – навпаки. Зморшки на обличчі надають чоловікові мужності, у жінок – видають вік. Сексуальна цінність чоловіка більше визначається його соціальним статусом, ніж фізичними даними, а міру сексуальної привабливості жінки визначає саме зовнішність. Тому жінка у післякліматеричний період, яка ще бажає кохати, подібати, стає жертвою таких установок суспільства.

Жінки переживають кліматеричний період неоднаково. Для одних – це час професійного розквіту, найвищої ділової активності, для інших – відчуття тяжкої душевної травми після розірвання шлюбу або розчарування в житті. Багатьом у цей період необхідно піклуватися про старих батьків. Усе це віддаляє сексуальне життя на другий план. Однак бажання бути коханою, мати захисника з роками не лише не зникає, а й посилюється.

Більшість чоловіків в інволюційному періоді відчуває потребу жити спокійніше, без «пригод», починає сприймати час не як абстракцію, а як залишок життя. Деякі з них можливість мати статеве життя вважають єдиною радістю. При затриманні ерекції у таких чоловіків найдоцільнішим є подовження періоду пестощів, їх інтенсивність та застосування інших збудливих факторів. Якщо за достатньої ерекції непросто дається переключення з побутових проблем на сексуально-еротичний настрій, застосовують додаткові стимули – читання еротичних видань, розглядання порнографічних зображень, фільмів тощо. У багатьох чоловіків починають виникати побоювання за стан здоров'я, спонтанна ерекція майже не настає, інтерес до сексу послаблюється, еротичні фільми і порнографія вже не збуджують, а вродливі жінки викликають швидше естетичний, ніж сексуальний інтерес. Такі чоловіки починають дозувати статеві акти або відмовляються від них, вважаючи, що секс забирає останні життєві сили, прискорює старіння організму.

ТЕМА 4. СОЦІОКУЛЬТУРНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЧОЛОВІЧОЇ Й ЖІНОЧОЇ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник.-К.:Арістей,2003.-С.55-74.
Кон І.С. "Вкус запретного плода: сексология для всех". М. "Семья и школа", 1997. -464с

Запитання та завдання:

- 1. Розкрийте соціокультурні аспекти сексуальності.*
- 2. Проаналізуйте психологічні аспекти сексуальності.*
- 3. Здійсніть порівняльний аналіз чоловічої й жіночої сексуальності.*

Вивчення сексуальності людини і сексуальних стосунків приваблює фахівців різних наукових напрямків не тільки закритістю тематики, своєю заборонністю протягом багатьох років під тиском суспільства і моралі, а в першу чергу – різноманітністю й індивідуальністю особливостей проявів. Наукові дослідження проводяться по трьох основних наукових напрямках: соціокультурному, психологічному і біологічно-медичному. Вони не тільки конкурують між собою, а й доповнюють один одного. Завдяки цьому люди мають можливість більш повно, цільно розуміти особливості сексуальних проявів. Саме розглядаючи основні аспекти цих напрямків, можна показати їх єдність і особливість.

СОЦІОКУЛЬТУРНІ АСПЕКТИ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Соціокультурний науковий напрямок дослідження сексуальності виник у кінці ХІХ століття. Його розвиток був пов'язаний з великим впливом поглядів Фрейда та "психологічної антропології", тому що багато положень психоаналізу підкріплювалося посиленнями на етнографічні дані. Статистичного дослідження в цей час зазнали форми статевого розподілу праці, різниця в засобах соціалізації і в поведінці хлопчиків та дівчаток, ініціації та обряди вікового переходу, пов'язаного зі статевим дозріванням підлітків, норми дошлюбних та позашлюбних зв'язків, відношення сексуальних настановлень та поведінки та ін.

У будь-якому з існуючих до теперішнього часу людських суспільств є прояви якогось розподілу праці між статтю, специфічні для чоловіків та жінок, види діяльності і соціальних функцій. У суспільних науках існує декілька теорій, які пояснюють

диференціацію соціостатевих ролей і причини їх виникнення.

За теорією американських соціологів Т. Пірсона та Р. Бейлса, диференціація чоловічих і жіночих ролей у сім'ї та суспільно-виробничому житті не усунена, так як заснована на природному взаємодоповненні статі і має позитивну ознаку, тому що сприяє нормальному функціонуванню родини. Чоловіче життя у своїй основі "інструментальне" – підтримка зв'язків між родиною і зовнішнім світом, матеріальне забезпечення родини, а жіноче – "експресивне" – регулювання взаємовідносин у родині, турбота й емоційна підтримка. При чому роль дружини в цій теорії виводиться із здатності жінки народжувати дітей й опікуватися ними, а оскільки чоловік не може народжувати, він бере на себе інструментальну роль.

Ця теорія у свій час мала своє значення і визнавалася правильною, але на сучасному етапі не все за її положеннями можна пояснити, і ще, до того ж, вона відстає від нових реалій життя. Це пояснюється тим, що, по-перше, домінуючою в наш час стала однітна або дводітна родина, внаслідок чого у жінки не весь час витрачається на виховання дітей і лишаються довготривалі життєві періоди, коли вона виконує якісь інші функції. По-друге, саме такий розподіл ролей далеко не завжди обов'язковий у сучасній родині.

Р. Коллінз розробив іншу теорію, яка пояснює диференціацію так званих гендерних ролей. Він вважає, що сексуальна нерівність зумовлена конфліктом між домінуючою групою (чоловіками) і залежною групою (жінками). При чому, виникнення цієї нерівності він пов'язує з тим чинником, що чоловіки були крупніші, сильніші за жінок і створювали на них сексуальний тиск. У наш час міра залежності жінок визначається двома чинниками:

- 1) матеріальна залежність;
- 2) цінність жінки як власності, що підлягає обміну.

Свою теорію Р. Коллінз називає теорією конфлікту. Але її ще можна назвати теорією обміну, тому що здоров'я жінки, її освіта, її здатність заробляти поза домом лише підвищують її вартість при обміні і допомагають їй претендувати на вибір більш привабливого партнера.

На Заході є розповсюдженими неомарксистські теорії, які пояснюють соціостатеві ролі. Основними їх положеннями є те, що коріння нерівності між представниками різної статі знаходиться у самій структурі капіталізму, що виключає свободу сексуального вибору і використання жінок для забезпечення гнучкості ринку в цих

умовах. Тому з цією метою жінкам на ринку праці відведений вторинний сектор посад, які в разі необхідності можна було б скоротити.

Розглядаючи існуючі теорії соціальної диференціації статевих ролей, Дж.Смелзер зазначив, що було б доцільно визначити типи суспільства і ситуацій, в яких склалися ці відмінності, а потім вже відокремити фактори, що сприяють формуванню системи цінностей, на основі яких і створюються ролі.

За показниками диференційної психології, жінки більш суб'єктивні та чуттєві до людських взаємин і їх мотивів, у них більше виявляються гуманітарні нахили, ніж у чоловіків, і ця відмінність дуже розповсюджена в суспільствах різного типу. Використання тендерного підходу до аналізу соціокультурного життя суспільства дозволяє винайти його тендерну асиметрію.

Замість рольової визначеності чоловічої і жіночої реальності, в нашій сучасній культурі можна віднайти помітні і достатньо виражені ціннісні установки, згідно яких усе, що визначається як чоловіче, переміщене у центр і розглядається як домінуюче, а визначене як жіноче – розуміється як другосортне і менш значне. Тому вважається, що лише "чоловік" репрезентує все "людство", промовляє від його особи і він же в цей час виконує важливу для людства місію – підтримку орієнтації на пізнавальний і відтворюючий тип ставлення до світу. Жінці відводиться лише емоційний та інтуїтивний компонент.

Тендерний підхід до аналізу нашої культури явив, що чоловіче та жіноче на онтологічному і гносеологічному рівнях існують як елементи культурно-символічних рядів: чоловіче – раціональне, духовне, божественне, культурне; жіноче – чуттєве, тілесне, заземлене, природниче", – зазначає дослідник тендерних проблем Н.В. Лавріненко.

Отримані наукові дані М. Мід при вивченні життя трьох племен у Новій Гвінеї звели нанівець установки і судження, згідно яких чоловіки і жінки самою природою створені для певних ролей. Основним висновком є те, що статеві відмінності використовуються суспільством як основа для диференціації соціальних ролей, але сутність цих ролей не є біологічно обумовленою такими факторами, як більш впливові розміри тіла чоловіків чи здатність жінок до народження дітей. Тендерні ролі в нашому суспільстві утворилися скоріше на основі культурних і соціальних особливостей, а не в

результаті "природного порядку речей".

Таким чином, зовсім не пов'язані із статтю такі феномени, як природа і культура, божественне і земне й т. ін., що приписується певній статі. Подібні атрибуції по відношенню до біологічних статей, абсолютно не пов'язаних з ними характеристик, при чому ієрархічно упорядкованих в культурно-символічних зрізах суспільного життя, як би виправдовують і закріплюють "вторинність" жінки в суспільстві і переносять її в галузь природничих явищ. Відповідно до цього, встановлюється система тендерних ролей, обумовлених очікуваннями поведінки, відповідної статусу чоловіка і жінки в суспільстві.

Символізація чоловічої та жіночої основи у багатьох древніх міфологіях показує чоловіка як носія активного, соціально-творчого початку, а жінку – як пасивно-природничу силу. За стародавньокитайською міфологією, жіноча основа Інь – темна, чорна, безодня глибока, а чоловіча Янь – червона, освітлена, висока, небесна. Ці основи є полярними космічними силами, взаємодія яких дає можливість нескінченно існувати Всесвіту. У християнській міфології такими основами є Адам і Єва.

Не чужа для міфологічного усвідомлення ідея андрогінії, тобто поєднання в одній особі чоловічої та жіночої основи. Багато з богів наділялися чоловічою та жіночою силою одночасно: у стародавніх греків Гермафродит – син Гермеса й Афродіти, у індіців Адіті – королева і бик, у древніх єгиптян – Ра, який спарювався сам із собою.

У найбільш розвинутих суспільствах та складних міфологіях олозиція чоловічої та жіночої основи зовсім не зводиться до емпіричних відмінностей між індивідами. Релігійно-філософський символізм оперує глобальними, космічними образами, які є поза часом і простором. Стереотипи прояву маскулітності та фемінітності в побутовому усвідомленні більш конкретні, у них ясніше простежується зв'язок із соціальними реаліями.

Є глибинна асиметрія у принципах опису та критеріях оцінки значення чоловіка та жінки: чоловіки сприймаються й оцінюються головним чином за їх суспільним становищем, родом діяльності, соціальними досягненнями. Жінки, в свою чергу, – за сімейно-родинними взаєминами виступають як сестри, дружини, матері. З одного боку, чоловік бачить у жінці сексуальний об'єкт, дружину, з другого – матір, сестру або дочку. Жінки теж категоризують чоловіка за принципом можливості або неможливості сексуальних стосунків, але ця двояка категоризація перешкоджає їм формувати поляризовані

та стійкі стереотипи чоловіка і батька.

Сексуальні властивості, соматичні та поведінкові – важливі й універсальні ознаки статевої належності як на рівні культури, так і на рівні буденного усвідомлення. Стать і сексуальність складають невід'ємну частину символічної культури людства. Так, зображення геніталій представлено у найрізноманітніших релігійних і міфологічних символіках.

Чоловічі геніталії, особливо статевий член, більше за все символізує силу, могутність, владу, загальне одухотворення, але не обов'язкову основу. Сім'я вважається як відображення і джерело життєвої сили і є абсолютно ідеальною основою. Ерегований статевий член здобуває значення соціального знаку агресії або виклику і в той же час є неконтрольованою силою. Тому закриття його фіговим листком або надстегною пов'язкою дозволяє зменшити пов'язану з цим соціальну напругу. Ерегований статевий член ще наділяється особливою захисною і відволікаючою силою та має релігійний символ поклоніння.

Жіночі геніталії, звичайно, описуються, з одного боку, як джерело виникнення нового життя, з іншого – як таємничі і темна основа, яка приховує в собі небезпеку та загрозу смерті. Жіночі геніталії тлумачаться як каліцтво, як рана, що спливає кров'ю. Саме З. Фрейд описував жіночі геніталії як наслідок каліцтва. Про збентеження та огиду, що їх породжували жіночі геніталії, свідчать численні релігійні, культурні та літературні табу. У християнській релігії жінка не має права зайти до вівтаря або знаходитися там. У протилежність цьому материнське лоно виступає як тепле, надійне сховище, джерело життя і сексуальний об'єкт, проникнення у який супроводжується подоланням труднощів та небезпеки.

Досконале вивчення статевого символізму показує його полісемантичність, при чому сексуальні явища інтерпретуються з іносказаннями, поширеними у змісті. Етнографи і літературознавці виявили у фольклорі та ритуалах щільний зв'язок між сексуальністю і сміхом, між сексуальністю і лайкою. Сміх виступає як протилежність смерті, животворний початок. Він є не тільки проявом радості і веселощів, але є і способом емоційної розрядки. Сміхова культура припускає особливий сексуальний гумор і пов'язує сексуальність із святковими, ігровими елементами суспільного життя.

У людському суспільстві виникає сексуальна культура, яка обмежена, з одного боку, природою людини, а з другого –

внутрішньою послідовністю за логікою культури як цілого. Найзагальніший принцип класифікації культур за типом їх статевої моралі, який прийнятий у етнографічній літературі – це поділ її на антисексуальну (репресивну) і просексуальну (пермісивну). Прикладом репресивної антисексуальної моралі є представники середньовічного християнства, при якому сексуальність людини визначається як гріх. Інші представники цього напрямку – це мікронезійці, які не вважають секс гріхом, але визнають, що статеве життя робить чоловіка фізично слабким, сприйнятливим до небезпечних захворювань. Протилежність їм – це представники народу Полінезії, де сексуальність і еротизм заохочуються як у чоловіків, так і в жінок, статеві проблеми відкрито обговорюються і відбиваються у піснях і танцях.

Більшість людських суспільств розташовуються між цими представниками і ставлення до сексуальності залежить від загальних властивостей характеру, життя і культури. Культура не просто забороняє або дозволяє різні прояви сексуальності, вона визначає їх соціальну, етичну та естетичну цінність. Одні культури підкреслюють переважно інструментальні аспекти сексу, при цьому вбачаючи у сексуальності головним чином засіб продовження роду або задоволення інших сексуальних запитів. Інші вбачають у ній найцінніше – афективну основу, вираз почуттів та емоцій. Культура не тільки регламентує, але й розрізняє низові, світські і вищі, священні аспекти сексуальності. Наприклад, статевий член може одночасно виступати у значенні священного фалоса і як анатомічний орган.

Регулюючи мотиваційно-ціннісні аспекти сексуального потягу, культура не може ігнорувати його соціальні форми. Відношення шлюбних, дошлюбних та позашлюбних зв'язків – одна з головних проблем порівняльно-історичної соціології сексуальної поведінки. Одною із заборон, накладених культурою на сексуальні стосунки, є правило екзогамії, коли заборонено мати шлюб і статеві зв'язки між членами одного роду. Джерелом цього є теорія Е. Вестермарка про те, що люди, які проживають спільно, близько і мають щільні взаємини з раннього дитинства, можуть не виявляти сексуального інтересу один до одного.

У деяких культурах є поширення такого явища, як подвійний стандарт, коли існують різні вимоги до норми сексуальної поведінки чоловіка і жінки. При цьому право ініціативи, залицяння, вибору

партнера та визначення ритму життя у шлюбі належить і надається чоловіку. В ставленні до дошлюбних і позашлюбних зв'язків статева мораль поблажлива в більшості випадків щодо чоловіків. Тому в деяких суспільствах і державах кількість домів розпусти для чоловіків переважає кількість їх для жінок.

Практично у всіх людських суспільствах є культ чоловічої сексуальності. Боги-чоловіки та античні герої наділялися не тільки великими геніталіями, але й винятковими дітородними здібностями. Так, у бога Кришни було 16 108 жінок і від них він мав по 10 синів та 1 дочці.

Жінку в різних культурах описують у двох образах: по-перше, як таку, що має огиду до статевого життя, але морально чисту і, по-друге, – агресивну до сексу, до спокушання. Думка про те, що статеві функції жінки нечисті, доволі розповсюджена й живуча. Свідчення цього можна знайти повсюди: в літературі, в міфах, у житті як примітивних, так і цивілізованих народів.

Неоднаково оцінюють різні культури дівочість (незайманість). Прості примітивні суспільства не надають їй великого значення. З підвищенням соціального статусу жінок та ускладненням ієрархічної системи суспільства, дівочість набуває високої соціокультурної цінності. Серед багатьох християнських та мусульманських народів було уявлення про "безчестя", яке повинно було тільки змиватися кров'ю або прикриватися іноді нерівним шлюбом.

В обрядах та міфах ранніх та пізніх культур широко подається спотворена сексуальність: інцест, транссексуалізм, трансвестизм, гомосексуалізм та інші. Але одне і те ж за своєю біологічною та поведінковою природою може по-різному оцінюватися і символізуватися як у різних культурах, так і в середовищі однієї. Це пояснюється двома підходами до цієї проблеми:

1. Від індивіда до культури, коли та тільки оформлює, регламентує імпульси, які виникли в індивідуальній свідомості.

2. Від культури до індивіда, коли культура не тільки відображає індивідуальні варіанти лібідо, але й достатньо широко формує його напрямок, або інакше, сексуальність розглядається як соціальне явище.

У першому випадку головним є поведінковий акт, вчинок як вираз внутрішніх імпульсів індивіда, а в другому – значення, що надається цьому вчинку культурою, яка і формує відповідний стиль поведінки. Наприклад, це ритуальні гомосексуальні контакти у

древній Греції між чоловіками та хлопчиками, які символізували передачу фізичних та психічних властивостей від дорослого до підлітка.

Якщо провести історико-етнографічний аналіз людської сексуальності, то можна побачити, що тут є певні норми, але немає одностайності. Світ культури багатобарвний, і чим складніші культура, суспільство і особистість, тим збагачена діалектика їх взаємин.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Психологічними аспектами сексуальності займається велика кількість фахівців у різних її наукових напрямках. Так, вікова психологія досліджує закономірності психосексуального розвитку особистості, етапи та рушійні сили психосексуальної ідентифікації, психологічні особливості підліткової та юнацької сексуальності, сексуального розвитку в літніх людей та ін. Диференційна психологія вирішує проблеми статевих та індивідуальних відмінностей сексуальної поведінки і пов'язані з нею почуття, переживання та інші компоненти кохання. При цьому особливу увагу приділяють вивченню психології жіночої сексуальності. Соціально-психологічні дослідження вивчають психологічні механізми виникнення кохання, вибір шлюбних партнерів, різні аспекти статевого кохання у теперішніх умовах Серед більшості людей прийнято вважати, що "статеві особливості" однозначні та міцно пов'язані із статтю індивіда. Але це не так. Чоловіки та жінки взаємодіють між собою у конкретних соціальних ролях, і характер такої взаємодії в одній сфері діяльності (у праці) не такий, як у іншій – (у вихованні дітей).

У психологічному аспекті важливими за все при встановленні різниці між чоловіками і жінками є прояви їх комунікативних та емоційних якостей. У наш час, коли нормативні установки і реальні відмінності у сексуальній поведінці чоловіків і жінок значно зменшились, ще залишається дуже великий показник у цій різниці.

Психологічні розбіжності в поведінці, в інтересах і схильностях чоловіків і жінок спостерігаються з дитинства. Вже в ранньому віці виникає значна характерна різниця при вихованні дівчинки, яке пов'язане з безліччю дрібних турбот і занепокоєнь, чого, як правило, немає при вихованні хлопчика.

З віком розходження між хлопчиками і дівчатками стають усе більш виразними. Важливо враховувати два моменти: по-перше, ці

розходження не визначаються характером виховання, а, по-друге, вони виявляються задовго до статевого дозрівання.

У центрі уваги й інтересів жінки, починаючи з раннього її віку, знаходиться людина і сфера її безпосереднього побуту – сама людина, взаємини між людьми, предмети споживання, одяг, тварини. Простір, що представляє для жінки інтерес, невеликий, однак він ретельно, до дріб'язку промислений, актуальне відбите у свідомості. Навпаки, у чоловіків простір, у якому знаходяться об'єкти, що їх цікавлять, практично не обмежений. Звідси, зокрема, інтерес до засобів транспорту (літаки, пароплави, машини й інша техніка) або захоплення різними видами колекціонування. Разом з тим багато чого з безпосереднього оточення вислизає від уваги чоловіка, недостатньо відбито в його свідомості і часто в домашніх справах, у побуті він безпомічний, хоча і цікавиться польотами в космос, подорожами та останніми світовими новинами. Зрозуміло, тут багато чого залежить і від виховання: жінку змалку частіше залучають до домашнього господарства, однак це робиться не всупереч її схильностям, інтересам. Хлопчики ж, у більшості випадків, як правило, менше виявляють інтересу до домашніх справ. Жінка, відповідно до природного призначення, схильна до піклувальної діяльності – доглядати, нянчити, виявляти турботу і т. ін. Відомо, що старші сестри частіше доглядають своїх молодших братів, ніж старші брати своїх молодших сестер. Вони взагалі схильні повчати, наставляти, критикувати своїх братів, чоловіків, батьків, знайомих і незнайомих людей, що часом призводить до втрати в цьому почуття міри. Подібне рідко помічається у ставленні братів до своїх сестер чи чоловіків до дружин.

Якщо жінки схильні до піклувальної діяльності, то у чоловіків настільки ж чітко виявляється схильність до перетворюючої і конструктивної діяльності. Звідси інтерес їх до інструментів, знарядь праці, різних механізмів і пристосувань, який може вже виявлятися у ранньому дитинстві. Якщо жінка краще відчуває і розуміє призначення речей, їх споживчу користь, то хлопчик чи чоловік краще розуміє і більше цікавиться обладнанням речей. Зламану річ жінка, як правило, просто відкидає убік як непридатну, а чоловік же зайвий раз скористається з можливості ознайомитися з її облаштуванням. Дівчатка, як правило, використовують іграшку за призначенням, роблячи помилки в її застосуванні лише через незнання; хлопчики ж можуть пристосовувати іграшку до різних

цілей, дуже часто не за призначенням, свідомо знаходячи їй несподівані застосування. Крім того, хлопчиків більше цікавить облаштування іграшки, ніж її призначення. Звідси і походить уся та численна розібрана чи розламана техніка в "господарстві" хлопчика. Характерно, що й саме знайомство хлопчика з іграшкою часто починається з того, що він лізе усередину її подивитися, як вона влаштована, так і не випробувавши її в справі.

У конструктивних іграх хлопчики виявляють більше вихідливості. Вони будують міста, залізниці, приділяючи увагу головним чином самим конструкціям, тоді як в аналогічних умовах дівчинка будує не дороги, міста, замки, вокзали, а будинок з меблями, предметами побуту, з різними прикрасами.

Розумові здібності чоловіків і жінок у цілому рівні. Однак, унаслідок різної спрямованості інтересів і схильностей, вони виявляються по-різному. Відомо, що в жінок більше точності в роботі, однак менше цілісності і загального погляду на предмет, спостерігається велика сугестивність, менша рішучість у діях. Вони, як правило, менш точно передають події, часом не в змозі відокремлювати об'єктивний план події від власних переживань у цей момент. У чоловіків раніше розвивається здатність відокремлювати істотне від другорядного. Чоловічий розум більше схильний до узагальнень, але менше до конкретного. Відомо, що вони більше звертають увагу на фактичний бік справи та на особистісний.

Разом з тим жінка більш конформна, краще пристосовується до обставин, швидше знаходить собі місце при різних змінах, легше "вписується" у нове навколишнє середовище. Жінки більш чутливі до міжособистісних взаємин і витончено реагують на норми своєї соціальної групи. "Старанність" їх насправді може лише ввести в оману. Варто виходити з того, що моральний вигляд, моральний рівень чоловіка і жінки у цілому однаковий, і немає ніяких підстав у цьому плані ставити одну статтю вище іншої.

Розходження між чоловіками і жінками виявляються у тому, що останні схильні частіше апелювати до рідних, старших, впливових або навіть незнайомих людей. Тому в кризових ситуаціях частіше можна почути скарги жінок на чоловіків, ніж навпаки. Це може ввести в оману неосвіченого суддю, педагога чи батьків за принципом, що сторона, що скаржиться, мимоволі сприймається як сторона потерпіла, хоча часто це не завжди так. Справа в тому, що жі-

нка взагалі схильна вірити авторитетам і спиратися на них у скрутних випадках, що менш характерно для чоловіка.

Коло інтересів чоловіків ширше, ніж жінок. Відповідно до цього, в їхньому словниковому запасі використовується більше слів, які позначають віддалені предмети і загальні поняття. В їхній мові переважають слова, що передають дії, тоді як жінки схильні до використання предметно-оціночної мови.

У вільний час види діяльності у чоловіків більш різноманітні, але менш організовані. За межами будинку, при незвичних обставинах жінки швидше розгублюються, але, відправляючись кудись, вони мають визначену мету, тоді як чоловіки можуть знаходити собі заняття "на ходу", легше орієнтуючись у незнайомій обстановці і сприймаючи її позитивно, на відміну від настороженого ставлення до неї жінок.

Жінки більш самозакохані та вразливі, більш чутливі до критики, чим чоловіки. Це проявляється частіше у підвищеному інтересі до своєї зовнішності і більшої реакції на оцінки її іншими людьми. У зв'язку з цим у них спостерігаються і різні помилкові ідеї про свою фізичну недосконалість.

Статеве життя більшості чоловіків переважно екстенсивніше, ніж у жінок. У них набагато більша зміна сексуальних партнерів. Більша екстенсивність чоловічого статевого життя означає меншу емоціональну залежність та психологічну інтимність. Якщо чоловіки перераховують можливі й реальні мотиви вступу в статевий зв'язок, вони частіше називають безособові, не пов'язані з конкретною особою, статеві бажання. Але, незважаючи на обізнаність у сексуальних стосунках із жінкою, чоловіки іноді не можуть пояснити вибір жінкою іншого партнера.

Однією з поведінкових реакцій жінок, пов'язаних із статевим потягом, є кокетство (виявляють і дівчата віком до 1 року). Іноді його елементи спостерігаються і в чоловіків.

Метою кокетства є намагання привернути до себе увагу зовнішніми принадами, внутрішніми якостями. До його арсеналу належать особливі міміка, інтонації, голосу.

У маленьких дівчаток кокетство часом спостерігається само по собі, поза об'єктом, якому з урахуванням специфіки віку можна було б приписати сексуальне значення. Частіше воно є реакцією на присутність іншої людини, зокрема незнайомого чоловіка.

Із ставивим потягом жінок пов'язана соромливість, що зазвичай з'являється після 3-х років з усвідомленням дитиною себе як особистості, однак спочатку виражена нечітко. Почуття соромливості посилюється в підлітковому віці з появою вторинних статевих ознак. Її ступінь залежить від індивідуальних особливостей дівчини, сімейного побуту (вона не переходить нормальних меж і не перетворюється на манірність, якщо в родині не надають спеціального значення випадковому оголенню тіла). Спочатку соромливість спостерігається щодо всіх людей, потім — лише стосовно представників іншої статі.

Статеве життя чоловіків переважно екстенсивніше, ніж у жінок, вони частіше змінюють сексуальних партнерів. Більша екстенсивність чоловічого статевого життя означає меншу емоційну залежність і психологічну інтимність. Чоловіки, перераховуючи можливі та реальні мотиви статевого зв'язку, частіше називають безособові, не пов'язані з конкретною людиною статеві бажання. Попри обізнаність із сексуальними стосунками, вони іноді не можуть пояснити вибір жінкою іншого партнера.

Традиційно вважають, що жінки сексуально пасивні, невимогливі, а чоловіки активніші. Однак останнім часом ця тенденція змінюється на користь жінок: вони стають не менш активними за чоловіків.

Чоловіки та жінки суттєво розрізняються сприйняттям еротичних матеріалів і змістом власних еротичних фантазій. Проведені експерименти показали, що різниця не настільки велика, а є більш якісною, ніж кількісною: статеві збудження у жінок залежать від наявності у них сексуального досвіду, а також характеру представлених їм еротичних матеріалів. Наприклад, груба, примітивна порнографія може у них викликати моральне та естетичне заперечення.

Еротичні сни та фантазії чоловіків і жінок відображають фундаментальну неоднаковість їх сексуальних позицій. Чоловіки частіше уявляють статеві акти з незнайомими особами, груповий секс або примушування когось до статевого зв'язку. Жінки в більшості уявляють сексуальні вчинки, де вони є жертвами насилля, сексуальні дії, які у реальному житті вони ніколи б не зробили. Але як незначна різниця у сексуальних уявленнях, загальною мрією обох статей є близькі стосунки з коханою людиною.

Чоловіки мають більше лібідо, ніж жінки. Їх еротичні запити не зменшуються з віком, незважаючи на зниження фактичної

інтенсивності статевого життя, а навпаки, навіть зростають, а жіноче лібідо в міру згортання реальної статевої активності спадає. Але у протилежність чоловікам сексуальне задоволення жінки вище.

Дуже складне психологічне питання — це зв'язок жіночої сексуальності з менструальним циклом. Вважається, що факт самої менструації потрібно приховувати, як і психосоціальні наслідки ганьби, пов'язаної з нею, що неабияк позначається на жіночій особистості. Дискомфорт, поганий настрій, дратівливість, депресія й ін. у більшості випадків супроводжують цей стан жінки і впливають на її сексуальне життя. Але дослідження показали, що це припущення правильне десь на 50% і залежить не тільки від фізіологічного та біологічного циклу, а скоріше носить психосоматичний, культурний і соціальний характер. Пік жіночої еротичної реактивності саме з'являється на середині менструального циклу та в період безпосередньо перед початком менструації.

Багато жінок починають відчувати оргазм не зразу при першому статевому акті, а з набуванням сексуального досвіду, опануванням таємницями свого тіла, пізнанням своїх еrogenних зон, а також після того, як приходить визволення від думок про гріховність і соромність плотських стосунків. Зростання оргазмічної активності жінки залежить більше від терміну початку статевого життя, ніж від строку статевого досягання. Жіночий оргазм і фізіологічно, і психологічно є складнішим за чоловічий. Відсутність оргазму в якійсь мірі залежить від конституційних особливостей, умов виховання й індивідуального досвіду, а також впливу перенесених життєвих негараздів.

Процес статевого збудження та його розрядки у жінок більш індивідуальний і різноманітний, ніж у чоловіків. При статевому акті чоловік у більшості випадків досягає піку оргазму скоріше, ніж жінка, але у жінки він більш тривалий. Є різниця в емоційних реакціях та психофізіологічних локалізаціях еротичних відчуттів. Чоловіча сексуальність є фаллоцентрична, її кульмінація — інтромісія (вагінальні відчуття) й еякуляція. У багатьох жінок повні еротичні відчуття пов'язані з подразненням клітора, незважаючи на те, що вагінальні відчуття теж можуть бути загостреними. Жінки чіткіше, ніж чоловіки, відрізняють оргазм при мастурбації від оргазму при коїтусі. Жінка здатна до багаторазового виникнення оргазму, тоді як чоловік після еякуляції деякий час не реагує на сексуальне стимулювання. Отримане жінкою сексуальне задоволення залежить від психологічних обставин: кохання до партнера, відчуття його бли-

зкості, почуття ніжності та ін. та від її соціальної активності і задоволення своїм життям.

Порівнюючи, кому віддають перевагу чоловіки та жінки при виборі партнера, можна відмітити стійку розбіжність поглядів. Чоловіки у більшості випадків віддають перевагу фізично привабливим, красивим, домовитим, хазяйновитим жінкам, тоді як жінки у чоловіків більш цінують розум, освіченість, працьовитість і т. ін. Все це походить своїм корінням від різного репродуктивного вкладу чоловіків та жінок. Сексуально-еротичні та естетичні бажання щільно пов'язані з еволюційною біологією та історією взаємин між статтю.

Жіноча репродуктивна цінність пов'язана з віком, станом здоров'я, про що можна судити по чистій та гладенькій шкірі, по живому виразу обличчя, по пишному волоссю і т. ін. Чоловічий репродуктивний вклад залежав від соціальних можливостей, які він може надати своїй жінці і дітям. У питаннях сексуальності статеві відмінності є проблематичними і з різними варіантами, як і у всіх основних питаннях життя, і більше залежать від панівної ідеології, чим від репродуктивної біології.

Встановлено, що щасливе сімейне життя більш у жінок з простою привабливістю, загальною буденністю і невиразністю. Такі жінки виробляють у себе психологічну настанову, що багато вимагати від життя неможливо. Коли за ними починає упадати "середній" за всіма мірками чоловік, то вони приймають його як подарунок долі, цінують його, зберігають прихильність та закладають фундамент сімейного життя. Чоловіки, у свою чергу, цінують їх за турботу й увагу. їх не приваблює холодна краса душі і тіла, а байдужість і зневажливість жінки їх відштовхує. Чим красивіша жінка, тим більше у неї вимог до шлюбного партнера і тим менше можливості задовольнити свої потреби і знайти той ідеал чоловіка, який їй був би до вподоби.

Соціальне і психологічне благополуччя, в т. ч. і сексуальне, чоловіка і жінки залежить зовсім не від того, наскільки він або вона відповідають абстрактному нормативу, а від того, наскільки соматичні і поведінкові властивості індивіда співпадають з його самосвідомістю і системою цінностей, і від того, чи пощастить індивіду знайти людину протилежної статі, яка потребує саме такого типу особистості, щоб вони змогли утворити пару. Сексуальне задоволення буває тільки у щасливих шлюбах. Індивідуально-типологічні якості, які суттєві у підлітковому і юнацькому віці, у

тривалих шлюбах втрачають частину свого значення, гасяться взаємною адаптацією і умовами життя. Психологія статевих відмінностей, частина пізнання індивідуальних якостей, котрі тільки частково зв'язані з статевою приналежністю і ніколи нею не вичерпаються.

ТЕМА 5. ЧОТИРИФАКТОРНА СИСТЕМНА КОНЦЕПЦІЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: Навчальний посібник.-Харків: Фоліо,2008.-С.225-229, С.353-372.

Запитання і завдання:

- 1. Розкрийте сутність соціального та психологічного забезпечення сексуального здоров'я.*
- 2. Визначте та проаналізуйте роль психологічних чинників у генезі порушення сексуального здоров'я.*
- 3. Проаналізуйте механізми психологічного захисту.*
- 4. Розкрийте роль сексуальної освіти у забезпеченні статевого здоров'я.*

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

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

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

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

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

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

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

Соціально-психологічне забезпечення сексуального здоров'я зумовлене парним характером сексуальної функції, формуванням соціальної малої групи, тобто сім'ї чи партнерської пари, а також диференціацією чоловічих і жіночих соціальних ролей, стереотипів мужності і жіночності.

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

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

Соціальне та психологічне забезпечення сексуального здоров'я починається на ранніх етапах психосексуального розвитку дитини, причому якщо у формуванні статевої самосвідомості основну роль відіграють біологічні чинники, то формування статевої поведінки та психосексуальної орієнтації більшою мірою залежить

від соціальних чинників, таких як статеве виховання та сексуальна просвіта. Під впливом останніх формуються первинні та вторинні сексуальні настанови людини, її ставлення до статевого життя і поведінка в конкретній ситуації. Як правило, це пов'язано з процесом соціалізації. На формування сексуальної поведінки чинить вплив також рівень культури почуттів, сексуальної культури, яка в свою чергу залежить від індивідуально-психологічних відмінностей особистості, котрі зумовлюють переробку здобутої інформації, ефективність процесу навчання, вироблення, реалізації, закріплення умовно-рефлекторних зв'язків і врешті-решт, формування динамічного стереотипу сексуальної поведінки, котра оцінюється станом системоутворювальних характеристик сексуальності.

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

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

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

Системний підхід передбачає виділення різних складових, з'єднаних між собою відносно жорсткими зв'язками. Ще І. П. Павлов 1927 р., говорячи про вивчення людини як системи, писав про застосування системного методу: «Розкладання на частини, вивчення значення кожної

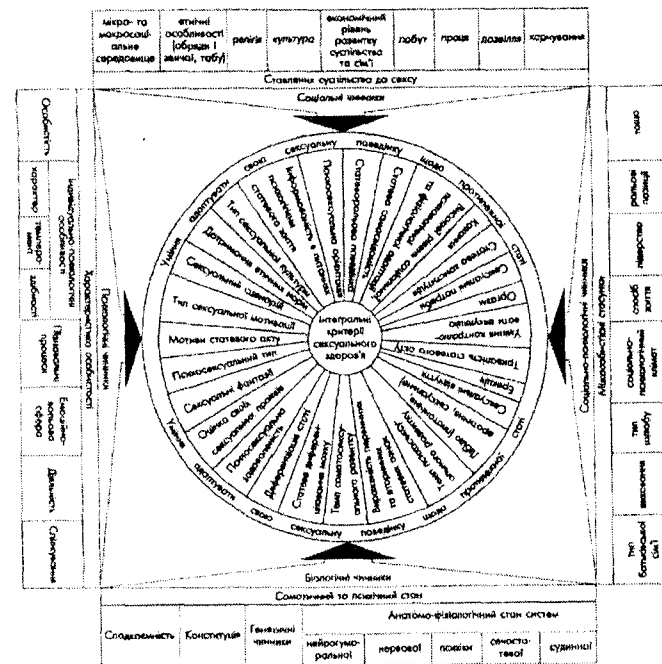


Рис. 1 Структура та забезпечення сексуального здоров'я

частини, вивчення зв'язків частин, співвідношення з навколишнім середовищем і на цій підставі — розуміння загальної роботи системи і, по змозі, управління нею». Одним із перших Павлов зазначав, що людина — система надзвичайно саморегульована, «що сама себе підтримує, направляє й навіть удосконалюється». З повним правом це можна віднести й до сексуальності.

П. К. Анохін вважав системою такий комплекс вибірково залучених компонентів, взаємодія та взаємовідносини котрих зумовлюють взаємодію, спрямовану на отримання сфокусованого корисного результату.

Взаємодія окремих компонентів сексуальності, як ми вже відзначали, породжує нові інтегральні якості, не притаманні кожному з компонентів поодиноці. У цій єнтеграції й виявляється єдність

біологічної, психологічної та соціальної сутності сексуальності людини. Системний підхід до вивчення сексуального здоров'я визначає необхідність виділення системоутворювальних його якостей, що визначають психосексуальний розвиток і сексуальність людини.

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

Зазначені три системоутворювальні якості зумовлюють психосексуальний розвиток.

Наступні системоутворювальні якості — статевий потяг, сексуальна збуджуваність і активність.

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

Системоутворювальними якість є, окрім перелічених, сексуальна настанова, потреба, сексуальна мотивація, еротика та психосексуальне задоволення.

Сексуальна настанова — готовність, схильність до певних сексуальних дій. Існують механоцентрична (фалоцентрична) настанова — настанова на техніку статевого акту; оргазмоцентрична — настанова на оргазм (після якого настає психосексуальне задоволення) та екстазоцентрична настанова — готовність до екстазу,

до багаторазового переживання оргазму. Сексуальний екстаз — граничне вираження еротичного зв'язку між людьми, характеризується почуттям існування «поза собою», почуттям «єднання із всесвітом». Еротикою називають переживання, пов'язані із сексуальністю.

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

Сексуальна мотивація — сексуальні спонукання, що виникають під впливом сукупності зовнішніх або внутрішніх умов, які викликають активність організму, та визначають її спрямованість на задоволення сексуальної потреби. Це процес внутрішньої, психічної детермінації поведінки, який відбувається під впливом біофізіологічних, соціальних та психологічних чинників.

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

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

РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ У ГЕНЕЗІ ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Особистість, за визначенням О. В. Петровського (1990), — це системна якість, що набувається індивідом у предметній діяльності і спілкуванні, яка характеризує його з боку включеності у суспільні відносини.

О. В. Петровський вирізняє три складові, або підсистеми, особистості: інтраіндивідна — характер, темперамент, здібності; інтеріндивідна — прояв особистості в міжособистісних стосунках;

метаіндивідуальна — продовження суб'єкта в іншому індивіді, «внески» в інших людей, прояв особистості в процесі активного перетворення в інтелектуальній та емоційно-вольовій сферах (персоналізація). Звідси виходить необхідність вивчати особистість у процесі міжособистісної взаємодії, діяльності, спілкування, реалізації системи стосунків у процесі персоналізації. Формування особистості проходить у ті ж самі часові періоди, що й соматостатевий та психосексуальний розвиток, але має свою специфіку.

Характеризуючи першу (інтраіндивідуальну) підсистему особистості та її вплив на особливості сексуальних проявів при сексуальному становленні і порушеннях сексуального здоров'я, слід зазначити певну залежність останніх від рис характеру, типу його акцентуації.

Причиною сексуальних розладів, за даними Г. С. Васильченка, Ю. А. Решетняка (1985), у 16,6 % випадків є уроджені аномалії структури особистості, з яких на акцентуацію окремих рис характеру припадає 62 % і на психопатію — 38 %. Результати досліджень, як і дані А. Є. Личко (1981), свідчать про існування залежності сексуальних проявів від типу акцентуації характеру. При гіпертичному типі акцентуації відзначаються раннє пробудження лібідо, ранній початок статевого життя і наявність мастурбації; для лабільного типу характерні флірт і залицання без спроб щодо статевого життя; при астеноневротичному типі спостерігається сексуальна астенія; при сенситивному — впевненість у своїй сексуальній неповноцінності; при психастеничному — ранній сексуальний розвиток, інтенсивна мастурбація; для шизоїдного типу акцентуації характерні багаті еротичні фантазії, що супроводжуються мастурбацією при зовнішній асексуальності; для епілептоїдного типу — сексуальні ексцеси та схильність до садистичних тенденцій; для істероїдного — театральність, демонстрація сексуальних переживань; для нестійкого типу — затримка сексуального розвитку.

Такі риси характеру, як боязкість, соромливість, образливість, зайва вразливість, заважають правильному формуванню платонічного, еротичного і сексуального лібідо, негативно впливають на процес комунікації, без якого неможливий нормальний розвиток особистості та психосексуальний розвиток, а в подальшому — знижують рівень психологічної сумісності подружжя.

Розвиток того або іншого варіанта порушення сексуального здоров'я також до певної міри залежить від рис характеру: соціальний варіант частіше спостерігається в осіб з істероїдними рисами

характеру; соціально-психологічний варіант — при гіпертичному, епілептоїдному типах акцентуації; психологічний варіант — при істероїдному та епілептоїдному типах і егоцентричних рисах характеру; дезінформаційний варіант — при сенситивному типі та інфантильних рисах характеру; сексуально-еротична дезадаптація відзначається при всіх типах акцентуації характеру.

На формування особистості, як і на психосексуальний розвиток, значною мірою впливає мікросоціальне середовище. Є дані (В. В. Антонов, 1975), що за відсутності матері в психічному розвитку дитини з 6 місяців до 3 років спостерігаються агресивність, жорстокість, дратівливість, зниження здатності до комунікації, до фантазування. Статеворольова поведінка батьків багато в чому визначає формування статевої ролі дитини. У тих випадках, коли емоційна стриманість, вимогливо-владні риси матері поєднуються з ласкавістю, поблажливістю батька, дівчатка часто виявляють маскуліну, а хлопчики фемініну поведінку.

З тими чи іншими відмінностями особистості або рисами характеру пов'язують і різні варіанти девіації психосексуального розвитку (Г. С. Васильченко зі співавт., 1985). Затримка психосексуального розвитку часто поєднується з патохарактерологічним розвитком особистості і астенічним, психастеничним або істеричним типом психопатії. Передчасний психосексуальний розвиток частіше відзначається в осіб з ядерною психопатією, органічним ураженням нервової або ендокринної системи.

Гіпермаскуліна поведінка характерна для осіб із гіпертичними, нестійкими та істероїдними рисами або з психопатією таких типів, гіперфемініна поведінка — для осіб з інфантильно-залежними, астеноневротичними, психастеничними, сенситивними та істероїдними акцентуаціями або з психопатією тих самих типів.

У осіб з акцентуацією характеру або психопатією нерідко спостерігається порушення психосексуальної орієнтації (сексуальні перверсії або перверсні елементи). Проте подібні девіації можуть мати місце і за відсутності аномалії особистості, і не можна чітко на основі порушення психосексуальної орієнтації охарактеризувати особистість, або навпаки.

Виділяють чотири форми інтрапсихічного реагування особистості на факт наявності девіації психосексуальної орієнтації: визнання — прийняття особистістю девіації, яка знижує до мінімуму можливість

виникнення особистісного конфлікту; згода — часткове примирення з девіацією; захист, при якому переважає відкидання особистістю девіації, причому характерний розвиток інтрапсихічного конфлікту; витіснення — крайня форма відкидання девіації, яка не усвідомлюється особистістю (Schorsch, Д. Імелінський, 1986).

Через ослаблений самоконтроль в стані дезадаптації особистісні риси можуть трансформуватися, набуваючи характеру клінічних симптомів і синдромів: активність перетворюється на експансивність та імпульсну поведінку, агресивність виявляється спалахами руйнівної ворожості, ригідність переходить в паранояльність, інтроверсія — в аутичність, песимістичність — в депресію, помисловість — в іпохондричність. Заведено вважати типовими для чоловіків і жінок такі риси характеру.

Чоловічі риси: активність, добра працездатність, твердість, розсудливість, раціональність, зібраність, здатність виникати в суть справи, владність, незалежність, рішучість, суворість, агресивність, упертість, одержимість, егоїстичність та ін.

Жіночі риси: ніжність, м'якість, чуттєвість, емоційність, імпульсивність, слабкість, тендітність, покірливість, сором'язливість, кокетування, здатність до самопожертви, невпевненість, пасивність, цікавість, прихильність до домівки, заздрісність, відповідальність.

Результати вивчення преморбідних рис особистості у 600 людей (300 подружніх пар) із сексуальною дисгармонією показали, що остання найчастіше виникала в осіб з тривожно-помисловими (приблизно у 38 % чоловіків і 37 % жінок) та афективними (у 38 % чоловіків і 45 % жінок) рисами характеру. При цьому у них переважала паторефлекторна форма сексуальних розладів. Сексуально-поведінкова дезадаптація таконституціонально-генетична форма розладу потенції і фригідності, а також ретардаційна форма фригідності відзначалися в осіб з інфантильними рисами характеру (відповідно у 7 % чоловіків і 8 % жінок).

Зазначені відмінності особистості сприяли розвиткові іпохондричної фіксації, песимістичній оцінці свого стану, виникненню боязкості, замкнутості, схильності до хворобливого самоаналізу, переконаності у своїй сексуальній неповноцінності і в результаті призводили до порушення сексуального здоров'я. Невелика частина обстежених (близько 4 %) не реагували на свою

статевою неспроможністю і зверталися до лікаря лише за наполяганням другого з подружжя.

Г. С. Васильченко, Ю. А. Решетняк (1985) наводять такі цифрові співвідношення основних темпераментів серед здорових людей (обстежували 150 чоловіків і 150 жінок): серед чоловіків сангвініків — 11,5%, флегматиків — 22,5, холериків — 29,5, меланхоліків — 36,5; серед жінок сангвініків — 12,5 %, флегматиків — 19,5, холериків — 24,5, меланхоліків — 43,5. Проведене аналогічне обстеження 300 подружніх пар із сексуальною дисгармонією показало інше співвідношення — серед них було набагато менше сангвініків та флегматиків і більше холериків та меланхоліків. Чоловіків-сангвініків було 5,3 %, флегматиків — 8,8 %, холериків — 32,2, меланхоліків — 53,7; жінок-сангвініків було 7,5 %, флегматиків — 15,4 %, холериків — 29,4 %, меланхоліків — 47,7 %. При цьому більш низький рівень

психологічної адаптації відзначався при поєднанні у подружжя таких темпераментів: сангвінік-сангвінік, холерик-холерик, флегматик-сангвінік.

Вивчення екстраверсії та інтраверсії показало, що порушення сексуального здоров'я частіше (в 69,5 %) виникає в осіб з інтравертованим складом особистості.

3. Шнабель (1982) виділяє такі відмінності особистості хворих із розладом потенції:

- 1) прагнення не відрізнятися в своїй поведінці від інших чоловіків;
- 2) демонстрування відсутності емоцій, чуйності, холодності у відносинах з людьми;
- 3) прагнення до перебільшення, пихатості, егоцентризму, переконаність у своїй перевазі, нездатність до емоціоспівпереживання, ігнорування потреб іншої людини;
- 4) схильність до фобій, невпевненість в собі; відмова від спроб подолати будь-які труднощі, неможливість швидко відновити рівновагу після невдачі;
- 5) ананкастні риси, часто в поєднанні з підвищеною вразливістю; у таких чоловіків через їх скрупульозність, схильність до перебільшення, постійний самоаналіз і прагнення переконатися в правильності своїх вчинків особливо часті розлади ерекції;
- 6) девіантні риси у чоловіків, які можуть досягти нормальної ерекції лише за умови виконання девіантних сексуальних дій або в результаті сексуальних фантазій.

Нерідко розлади потенції пов'язані з такими рисами особистості, як боязкість і відсутність заповзятливості в соціальних контактах. У зрілої особистості, що вміє правильно розв'язувати конфліктні ситуації, контролювати свої негативні емоції і вчиняти відповідно до норм суспільної та особистої моралі, порушення сексуального здоров'я трапляються набагато рідше.

Аналіз стану метаіндивідуальної підсистеми особистості при порушеннях сексуального здоров'я дає змогу дійти висновку, що до зниження рівня соціально-психологічної адаптації призводить поведінка одного з подружжя, яка не сприяє максимальній персоналізації другого. Це одна з важливих причин сексуальної дисгармонії, яка нерідко розвивається за неусвідомлюваними механізмами психічної діяльності.

Особистісні реакції, що виникають під впливом сексуальних розладів, включають дію механізмів психологічного захисту.

За сучасним визначенням, психологічний захист — це спеціальна регулятивна система стабілізації особистості, спрямована на усунення або зведення до мінімуму відчуття тривоги, пов'язаного з усвідомленням конфлікту (Краткий психол. словарь. — М., 1985. С. 101). Психологічний захист має суперечливі характеристики: адаптація — дезадаптація, збереження здоров'я — утримання хвороби, прогрес — регрес.

Відомо, що якщо людина через які-небудь моральні перешкоди або ситуації не може реалізувати свої сексуальні потреби і вимушена діяти всупереч власним настановам, у неї виникають відчуття напруження, неспокою, які пускають в хід психологічні механізми захисту. Проблему психологічного захисту розробляли О. С. Кочарян (1985), Ю. В. Чайка (1989), С. Р. Григорян (1997) та ін.

У генезі сексуальної дисгармонії часто відіграють роль неусвідомлювані мотиви та інтрапсихічна адаптація подружжя. Характер психологічного захисту зумовлений взаємодією неусвідомлюваних психологічних настанов і відмінностями особистості подружжя.

Заслуговує на увагу точка зору, відповідно до якої механізми захисту розглядаються у вигляді інтегративної системи, що у свою чергу складається з низки таких систем: інтелектуальної переробки, сублімації, системи витіснення, системи біологічного реагування.

Система інтелектуальної переробки полягає у свідомому осмисленні індивідом загрозливої патогенної ситуації та її свідомому

аналізі, який має змінити ситуацію або ставлення до неї. Система замісної діяльності до патогенної ситуації, але шляхом перерозподілу ціннісних орієнтацій, домінуючої мотивації та психічної енергії на іншу діяльність, що спочатку відбувається усвідомлено, а потім підсвідомо. Система витіснення — неусвідомлюване (підсвідоме) вилучення патогенної ситуації зі свідомості. Система біологічного реагування — несвідомо, це захист на біологічному рівні, коли відбувається дезорганізація соматичного стану організму.

МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ

Зупинимося на механізмах захисту, що найчастіше спостерігаються.

1. Проекція — приписування оточуючим своїх негативних, неприйнятних для власної особистості думок, бажань, тенденцій, спонукань, станів і якостей або визнання їх у себе, але за умови, що причина їх лежить в оточенні. Наприклад, чоловік визнає свою агресивність, але пояснює її відповіддю на агресивність дружини.

Таким чином, відхід від визнання власних негативних рис дозволяє людині зберігати відчуття самоповаги і не дезорганізуватися.

2. Витіснення (репресія) — усунення особистістю неприйнятних для неї переживань, тенденцій, спонук зі сфери усвідомлення на неусвідомлюваний рівень, яке супроводжується функціональною амнезією. Витіснення може протікати з різним ступенем легкості. Особливо легко воно здійснюється в осіб істероїдного складу, для яких характерні демонстративність, егоцентричність, брехливість тощо. У особистостей педантичного складу, особливо схильних до застрягання (які довго не забувають завданих їм кривд та образ) цей процес відбувається з великими труднощами.

3. Регресія — повернення особистості у важкій ситуації до шаблонів поведінки, які в минулому були адекватні при розв'язанні труднощів, але в даний час вже не відповідають ситуаціям, віку особистості, рівневі її розвитку тощо, або заміна важких для особистості завдань легшими.

4. Раціоналізація (захисне мотивування) — зниження цінності бажаних об'єктів, досягнень, якостей, яких особистість не може мати (або має до деякої міри). Характеризується тим, що особистість свідомо або не усвідомлено висуває помилкову причину неможливості виконання своїх справжніх бажань, намірів і вчинків з метою виправдати себе як у власних очах, так і в очах оточуючих.

5. Утворення реакції (контрастні реакції) — вироблення особистістю такої поведінки або таких властивостей, які протилежні її якостям і формам поведінки, розцінюваним самою особистістю або суспільством як неприйнятні.

6. Ідентифікація (імітація) — ототожнення себе з реальними або уявними людьми, «гідною справою», соціальною мікрогрупою шляхом копіювання манери поведінки, поглядів, думок та настанов. Ідентифікація допомагає особистості здобути відчуття упевненості у важких для неї ситуаціях.

7. Ізоляція (відхід) — відокремлення, відмежування особистістю хворобливих переживань, які можуть вивести її зі стану рівноваги.

8. Компенсація — дії, спрямовані на заповнення особистістю свого реального або уявного недоліку шляхом розвитку «сили» в одній галузі діяльності (або однієї якості) для заповнення «слабкості» в іншій (замісні види діяльності), або вдосконалення тієї риси або того виду діяльності, у яких виявляється «слабкість» особистості.

9. Фантазія — уявне розв'язання проблеми, конфлікту, спрямоване на пом'якшення невдач і розчарувань, зняття напруження, тимчасове заспокоєння і підтримка надій.

10. Сублімація — переключення неприйнятних для особистості і суспільства імпульсів і тенденцій у суспільно-схвалювані види діяльності, форми вчинків.

11. Зміщення — задоволення спонукань особистості за рахунок нейтрального об'єкта. Використовується в тих випадках, коли пряме задоволення неможливе і виявляється у вербальних, емоційних та рухових реакціях, спрямованих не на той, що спричинив емоційне напруження, а на нейтральний об'єкт.

12. Агресія — пряма атака на об'єкт, який спричинив важку ситуацію, з метою подолати труднощі. Варіантом агресії є реакція інверсії, коли агресія людини спрямована на саму себе, що може сприяти мобілізації адаптивних можливостей особистості.

У сімейному житті агресивні прояви трапляються досить часто. Вони можуть мати вид прямої агресії (фізичної, словесної) або непрямой, що реалізується через інших членів сім'ї, друзів та знайомих.

13. Маніпуляція — полягає в тому, що людина розглядає інших людей як засіб задоволення власних потреб і бажань. Форми маніпулятивного характеру надзвичайно різноманітні. Однією з них є інграціяція — механізм «втирання в довір'я», який забезпечується

такими прийомами: вихвалянням вищих осіб, конформізмом, демонстрацією власної безпорадності, виставлянням себе в кращому світлі. Найбільш замаскованою формою даного механізму захисту є демонстрація власної безпорадності. Зовні вона дуже схожа на механізм регресії, проте має іншу психологічну основу. Один із типових прикладів цього прийому — заглиблення у хворобу з використанням усіх переваг такого стану. Описаний механізм психологічного захисту є несприятливим для нормального функціонування сім'ї, оскільки робить неможливою терапевтичну функцію сім'ї, сутність якої полягає в емоційній підтримці подружжям одне одного.

13. Інтроєкція (асиміляція, інкорпорація) — прийняття індивідумом поглядів, ідей, мотивів, настанов оточуючих людей з метою узгодити свою взаємодію з оточуючими, досягти відчуття власної сили, внутрішньої стійкості та самоповаги.

14. Знищення — близьке за своєю суттю утворенню реакцій, але виявляється в символічних жестах, у вигляді різних ритуалів.

15. Пригнічення — зміщення на периферію свідомості неприйнятних для особистості тенденцій, бажань, імпульсів та уявлень, які відносно легко можуть знову стати усвідомлюваними.

16. Заперечення — активне неприйняття особистістю хворобливих для неї реальних фактів; часто супроводжується брехнею та фантазіями.

17. Обмеження — уникнення ситуацій, у яких можуть виявитися негативні якості і спонукання особистості або її слабкі сторони.

18. Дисоціація — збереження особистістю своїх суперечливих мотивів і якостей, які через їх значущість не можуть бути інтегровані. Цей механізм захисту дозволяє особистості до певного часу зберігати форми поведінки, що виключають одна одну, без істотного збитку для своєї діяльності і відчуття самоповаги.

20. Інтелектуалізація — спосіб активної інтелектуальної переробки емоційних конфліктів або приховання особистістю своїх справжніх тенденцій і думок за допомогою інтелектуальної активності.

21. Символізація — захисний механізм, за допомогою якого значущий для особистості і хворобливий об'єкт замінюється іншим, менш значущим, на основі наявності у них яких-небудь спільних рис.

22. Відхід від себе («вихід з поля») — полягає в тому, що людина або йде від важкої ситуації, або внутрішньо відмовляється від її

психологічної переробки, або намагається піти від внутрішніх і зовнішніх конфліктів за допомогою наркотиків і алкоголю

23. *Ідеалізація* — переоцінка людиною своїх або чужих особистісних якостей. Цей механізм сприяє підвищенню самоповаги, міжособистісної надійності за загрози їх порушення.

24. *Конверсія* — неусвідомлене звільнення особистості від конфліктних переживань через символічні прояви психомоторного та сенсорного характеру.

25. *Негативізм* — стійкий опір особистості спробам інших людей управляти її поведінкою або спрямовувати її. Сутність негативізму збереження незалежності в ситуаціях, які є реальною або уявною загрозою стійкості соціального статусу особистості, її незалежності і відчуттю самоповаги.

26. *Перцептуальний захист (вибіркова неухважність)* — ігнорування до певної межі проявів несхвалення з боку оточуючих, що дає змогу особистості оберігати себе від можливих внутрішніх конфліктів і підтримувати стан внутрішньої рівноваги і зовнішньої узгодженості.

27. *Вербальна реформуляція* — спосіб своєрідної словесної кваліфікації неприйнятних для особистості спонукань і вчинків, що полягає у використуванні евфемізмів — пом'якшувальних виразів і визначень.

28. *Захисні маски* — прийняття особистістю певних ролей, типів поведінки (підлезування, бравада, манірність), позицій з метою приховати від оточуючих свої справжні наміри, властивості. Цей захисний механізм оберігає особистість від дії несприятливих зовнішніх чинників і полегшує їй процес міжособистісного спілкування.

29. *Відстрочування афектів* — зміщення проявів афектів у часі щодо ситуації, яка їх спричинила. Це дозволяє особистості не дезорганізуватися у відповідальні моменти і мати нагоду в подальшому прийняти негативні переживання до раціональної переробки.

30. *Зміна якості афектів* — трансформація неприйнятної для особистості модальності переживань в іншу, більш для неї прийнятну (наприклад, відчуття вини — в агресію).

31. *Егоцентризм* — перебільшення особистістю значущості свого Я шляхом постійного прагнення звернути на себе увагу оточуючих, підкреслення своєї цінності; цей механізм спрямований на підвищення низького відчуття самоповаги

Механізми психологічного захисту є складними операціями і діями, за допомогою яких особистість прагне подолати і переробити зовнішні та внутрішні чинники, що порушують стан її внутрішньої рівноваги. Зовнішніми чинниками, що включають механізми захисту, можуть бути психологічні стресори, фрустрації, тобто психологічно важкі для особистості ситуації і явища, які перешкоджають її самоактуалізації, а також різноманітні міжособистісні конфлікти. До внутрішніх чинників належать насамперед негативні емоційні стани — напруження, душевний дискомфорт, пригніченість, відчуття провини, тривоги, страху, туги та ін. Це можуть бути також різні неприйнятні для особистості тенденції, спонукання, потяги, нереалізовані прагнення і мотиви, потреба в самоактуалізації, внутрішні конфлікти, необхідність підтримки і збереження відчуття самоповаги в ситуаціях, що так чи інакше ображають особистість. Загалом сутність і мета психічної адаптації — підтримка і збереження духовного гомеостазу, узгодженості і стійкості елементів самосвідомості особистості, окремих компонентів Я.

Спектр застосування психологічних механізмів захисту, як видно з наведеного їх опису, вельми широкий, але основним об'єктом їх дії є різноманітні психогенні чинники. А оскільки у виникненні сексуальних розладів психогеніям належить першорядна роль, знання цих механізмів надзвичайно важливе і для розуміння генезу порушень сексуальної функції, і для їх корекції.

Розглянемо особливості дії механізмів психологічного захисту в сексуальному житті людини.

Виокремлюють певні типи (парадигми) «маніпуляцій з об'єктом» при психологічній переробці (зживанні, переживанні) негативних чинників для досягнення стану психічної рівноваги. Ф. В. Василюк (1984) описує п'ять таких парадигм.

Енергетична парадигма — відняття енергії від «хворобливого об'єкта» за типом: а) зниження спонукання; б) розрядки енергії — добре відоме відреагування; в) переведення енергії — наприклад, трансформація відчуття провини в агресію, зокрема, гіперсексуальність чоловіка при зраді; г) додання енергії — введення нового мотиву в нав'язану діяльність (наприклад, еротична активність жінки як помста, спосіб приниження партнера за дисгармонію).

Просторова парадигма — зміна змістовного або формально-топічного особистісно-психологічного простору об'єкта, що спричинив психічний дискомфорт. Така зміна в змістовно-

психологічному вимірюванні може полягати в переведенні короткочасного особистісного конфлікту з партнеркою у психосоматичне порушення; у витісненні на периферію свідомості різних неприйнятних для особистості спонукань, сексуальних еталонів. Зміна у формально-топічному вимірюванні може полягати в обмеженні або розширенні кола партнерів при формуванні сексуального розладу, обмеженні при розвитку сексуальної дисгармонії інтимного спілкування у вигляді закриття свого внутрішнього світу перед чоловіком (дружиною), а також у винесенні внутрішнього конфлікту в зовнішню ситуацію, поясненні його зовнішніми причинами.

Тимчасова парадигма — зсув у часі як самої проблеми, так і можливого способу її розв'язання. Це можуть бути багатократні обіцянки звернутися до сексопатології при появі сексуальних порушень і відсовування в часі здійснення статевого акту; покладання надії на те, що сексуальні труднощі з часом самі собою розв'яжуться; перенесення тривалого «німого» сексуального конфлікту з партнером найближчим часом («раніше все було добре, а ось тільки зараз стало гірше»).

Генетична парадигма — активні самостійні пошуки причин, які призвели до сексуального розладу, і спроби їх усунення. Генетична парадигма, як правило, не може бути реалізована без допомоги лікаря, оскільки вимагає зміни уявлень, що склалися, про себе як учасника, творця важкої ситуації або стану, а воно блокується консервативними механізмами стабілізації образу Я. Найчастіше ця парадигма призводить до виявлення помилкових початкових причин виникнення сексуальних порушень, але водночас вона допомагає особистості зберігати стійкий «зрозумілий» порядок як в її внутрішньому світі, так і в міжособистісних відносинах. У тих випадках, коли сексуальна дисгармонія зумовлюється необізнаністю або неправильною поінформованістю в питаннях психогієни статевого життя, іноді для досягнення адаптації в генетичній парадигмі достатньо просто пояснити подружжю справжній стан речей.

Інформаційно-когнітивна (пізнавальна) парадигма — спотворення особистістю або її відхід від адекватної оцінки неприємного явища, а також її зміна його особистісного значення, цінності для себе. Типовий приклад — досить поширена суб'єктивна оцінка аноргазмії у жінок.

Компенсація як спосіб дії адаптивних механізмів при сексуальних порушеннях може відбуватися за типом компенсації, псевдокомпенсації та гіперкомпенсації. При компенсації збереження сексуальної функції на достатньому рівні забезпечується включенням додаткових психічних функцій. Наприклад, добре відомо, що недостатність оргастичних переживань у одного з подружжів може заповнюватися шляхом «накладення» уявного образу другого партнера, з яким досягається стан повного оргазму. При цьому діють адаптивні механізми фантазії, ідеальної ідентифікації з уявним партнером, перцептуального захисту (від актуального партнера), пригнічення легких аверсійних тенденцій до актуального партнера, дисоціація особистісних та фізіологічних особливостей партнера, егоцентризм (як орієнтація тільки на досягнення індивідуальної насолоди), часткова деперсоналізація партнера (як відмова йому в повній еротичній привабливості) та система раціоналізації такої своєї поведінки.

Багатокомпонентність багатофакторне забезпечення сексуальної функції визначає можливість найрізноманітніших варіантів та рівнів компенсації. Так, недостатність ерекції у чоловіків може компенсуватися не тільки завдяки адекватній техніці статевого акту, але і за рахунок особистісної ідентифікації з дружиною, інтродукції її внутрішнього світу, зміщення цінності сексуальних відносин із суто фізіологічної на особистісно-інтимний план, а також завдяки позитивному перенесенню, симпатизму, ідеалізації відносин, позитивній вербальній реформуляції свого стану і взаємин із дружиною. Така продуктивна компенсація сприяє відновленню порушеного сексуального здоров'я.

Існує, проте, і психічна псевдокомпенсація — така поведінка особистості, яка не забезпечує відновлення порушеної сексуальної функції в цілому, а сприяє лише збереженню її окремих компонентів або її імітацію. Ще 1948 р. один із піонерів вітчизняної сексопатології І. В. Іванов описав камуфляжну «донжуанську» поведінку при розладах потенції. Ця форма психологічного захисту так чи інакше присутня при зниженні ерекції і лібідо психогенного характеру. Для псевдокомпенсації характерне використання захисної маски «сильного із статевого погляду чоловіка», що виявляється в активному флірті поверхневого характеру або в хвастошах з приводу численних «перемог», зв'язків. Використовується і механізм утворення контрастних реакцій за типом упевненого, владного в

спілкуванні з жінками чоловіка з одночасною їх дискредитацією за рахунок деперсоналізації інших. По-друге, адаптивні механізми набувають рис патологічності при надмірному напруженні гомеостатичних систем і різних патологічних станах. Це ще раз підтверджує відоме положення, що патологія дозволяє розкрити закономірності норми. У стані ж відносної норми, коли особистість не стикається з особливими утрудненнями, психологічні механізми захисту не виявляються наочно, але постійно працюють на неусвідомлюваному рівні, підтримуючи стан внутрішнього психічного гомеостазу особистості та її міжособистісної адаптованості, швидко нейтралізуючи ті повсякденні труднощі, з якими особистість постійно стикається в житті.

На підставі класифікації станів регуляторних систем за ступенем їх напруженості (Р. М. Баєвський, 1979) можна виділити чотири рівні порушення діяльності психологічних механізмів захисту.

1. Мінімальне напруження, що виникає при порушенні звичного стереотипу статевого життя, короткочасних ексцесів тощо. Подібні ситуації суб'єктивно переживаються особистістю як стан короткочасного дискомфорту, на ліквідацію якого й спрямований психологічний захист. Статева функція при цьому зберігається, і адаптивні механізми забезпечують сексуальну гармонію.

2. Напруження, що веде до мобілізації психологічних механізмів захисту. Воно виникає в складніших ситуаціях і супроводжується різними особистісними реакціями з короткочасними легкими сексуальними порушеннями. Адаптивні механізми спрямовані при цьому як на відновлення сексуальної функції, так і на збереження особистісно-психологічного гомеостазу. У цих випадках адаптивні механізми виразно виявляються, сексуальна функція тимчасово знижується.

3. Перенапруження адаптивних психологічних механізмів, що виявляється в їх недостатності для повної нейтралізації утруднень, що виникли. При цьому спостерігаються клінічні ознаки невротичних реакцій різного типу, сексуальна функція істотно порушується, а психологічний захист спрямований на корекцію цих порушень, внутрішнього стану особистості та міжособистісних ускладнень. Самі механізми захисту починають набувати патологічного характеру, привносячи додаткові утруднення у відновлення порушених функцій. Як правило, до такого стану призводять або тривалі міжособистісні

конфлікти, які то загасають, то загострюються, або досить потужні психогенії.

Тривале збереження подібного стану закінчується проривом бар'єру психічної адаптації особистості (Ю. А. Александровський, 1976), руйнуванням адаптивних механізмів і розвитком хвороби.

ТЕМА 6. ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я. СИСТЕМА ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія:
Навчальний посібник.-Харків: Фоліо,2008.-С.527-536.

Запитання і завдання:

1. Розкрийте етапи психопрофілактики порушень сексуального здоров'я.
2. Проаналізуйте механізми психопрофілактики сексуальної дисфункції у чоловіків і жінок.
3. Охарактеризуйте заходи психопрофілактики сексуальної дисгармонії подружньої пари.

Психопрофілактика розладу сексуального здоров'я, як і його корекція, має являти собою систему заходів, спрямованих на запобігання його порушенням.

Розрізняють первинну, вторинну і третинну психопрофілактику. Перша спрямована на збереження й розвиток умов, що сприяють збереженню сексуального здоров'я, та на попередження несприятливих впливів на нього соціальних, психологічних, соціально-психологічних і біологічних чинників, здатних призводити до розладу сексуального здоров'я.

Вторинна профілактика передбачає ранній вияв порушень сексуального здоров'я та їх попередження.

Третинна профілактика спрямована на видужання, запобігання декомпенсаціям, загостренням, прогресуванню хвороби чи її переходу до тяжчого захворювання.

Система психопрофілактики має враховувати причини й умови розвитку сексуальної дисфункції і включати в себе три складових — три етапи: профілактику порушень соматостатевого розвитку та соматичних-захворювань, профілактику порушень психосексуального розвитку та психічних захворювань, профілактику сексуальної дисгармонії подружньої пари.

Перший етап — запобігання розладу біологічного компонента сексуального здоров'я — починається із психопрофілактики порушень вагітності матері, оскільки правильний її перебіг є запорукою нормального розвитку плоду, його генетичної статі, правильного статевого диференціювання мозку та соматостатевого

розвитку. Профілактика порушень соматостатевого розвитку спрямована на ліквідацію соматичних та дитячих інфекційних захворювань, на зміцнення загального соматичного стану дитини. За наявності чинників ризику профілактика полягає у ранній діагностиці порушень, диспансеризації та проведенні індивідуальних профілактичних заходів.

Другий етап психопрофілактики порушень сексуального здоров'я має на меті правильне статеве виховання та сексуальну просвіту. Перше його завдання — виховання у дитини правильного усвідомлення своєї статевої належності, статорольової поведінки та психосексуальної орієнтації. На даному етапі батьки й вихователі дитячих закладів повинні інформувати дітей про розвиток статі, про статеві відмінності, спрямовувати й організовувати дитячі ігри з урахуванням статі. У статевому вихованні, окрім сім'ї та школи, які мають переважне значення у цьому, велику роль відіграють дитячі та юнацькі організації, засоби масової інформації. Одна з умов правильного статевого виховання дітей — навчання батьків, учителів та вихователів способів і принципів цього виховання. До такої роботи слід залучити кваліфікованих лікарів (психотерапевтів, сексопатологів, акушерів-гінекологів), психологів, соціологів. Ці спеціалісти мусять проводити сексуальну просвіту підлітків і молоді.

Необхідно диференціювати статеве виховання і сексуальну просвіту. Мета статевого виховання — формування правильних психологічних настанов щодо протилежної статі, мета сексуальної просвіти — правильна інформація про психогігієну статевого життя.

Третій етап психопрофілактики порушень сексуального здоров'я — ліквідація патогенних чинників, які призводять до сексуальної дисгармонії. Причиною сексуальної дисгармонії у переважній більшості випадків є низький рівень психологічної, соціально-психологічної, сексуально-поведінкової адаптації подружжів і неправильна обізнаність у питаннях психогігієни статевого життя. Соціально-психологічні аспекти формування сексуальної дисгармонії являють собою головним чином дисоціацію ціннісних орієнтацій подружжів, відсутність спільно виробленої ієрархії цінностей. Кризові ситуації і сексуальна дисгармонія виникають також у осіб із різними акцентуаціями характеру, з неадекватним стереотипом реагування на будь-яку фрустрацію. Типологічні відмінності особистості відіграють, як правило, важливу роль і при дезінформованості у питаннях психогігієни статевого життя.

Зниження рівня соціально-психологічної адаптації при сексуальній дисгармонії різко знижує адаптаційні можливості особистості загалом і у свою чергу виступає як патогенний чинник. Усе сказане є особливо характерним для хворих на неврози та психопатії.

Правильне статеве виховання є невід'ємною частиною загального виховання особистості, яке має ґрунтуватися на принципах моральності. Принципи морально-сімейних стосунків — це рівноправність подружжів, вірність та відповідальність їх один перед одним і дітьми, збереження моногамного шлюбу, що найбільшою мірою гарантує реалізацію інтересів, бажань подружжів та їхніх дітей.

Усі психопрофілактичні заходи мають проводитися за суворого дотримання принципів системності, етапності та послідовності, комплексності і диференційованості, спадковості та індивідуалізації.

Однією з основних умов успішного запобігання сексуальній дисгармонії, як і її корекції, є системний характер заходів, які мають являти собою неперервний ланцюг психопрофілактичних впливів з урахуванням критеріїв оцінки стану соціального, психологічного, соціально-психологічного та біологічного компонентів сексуального здоров'я.

Не менш важливим є дотримання етапності та послідовності у проведенні профілактичних заходів, які мають здійснюватися в певному порядку: спочатку статеве виховання, потім сексуальна просвіта.

Комплексність психопрофілактики розладу сексуального здоров'я полягає у правильному сполученні методів, форм і змісту профілактичних заходів. Отримувана дитиною інформація має сприяти її розвитку. Комплекс профілактичних заходів включає дію родини, школи, громадських інститутів.

Диференційований характер психопрофілактики порушень сексуального здоров'я — це її проведення залежно від віку, інтелектуального рівня, статі тощо. Велике значення мають також спадковість статевого виховання й просвіти (сім'ї, школи та інших суспільних інститутів) і естетичність виховання, культура спілкування, стосунків між подружжям. Правильне статеве виховання й просвіта, ознайомлення з основами гігієни статевого життя та соціально-психологічними аспектами подружніх відносин сприяють охороні сексуального здоров'я й запобігання його порушенням.

ПСИХОПРОФІЛАТИКА СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК

Першою умовою успішного запобігання сексуальним розладам у чоловіків і жінок є правильне загальне та статеве виховання, достатньо повна поінформованість їх у питаннях психогієни статевого життя, правильні уявлення про норму й фізіологічні коливання сексуальної функції.

Як відомо, сексуальній функції властиві коливання, пов'язані з циклічністю фізіологічних процесів в організмі, з віковими чинниками та загальним станом організму. Неправильна інтерпретація своїх сексуальних проявів, висування до себе надмірних вимог, знаходження в себе уявних вад, так само як і неправильна поведінка жінки, що принижує чоловічу гідність, можуть призвести до порушення потенції в чоловіків. За певних умов, фіксуючись у свідомості, в таких випадках може сформуватися паторефлекторна форма первинного розладу потенції.

Причиною сексуального розладу може бути також пряма чи непряма ятрогенія — нерідко від урологів, схильних до гіперболізації патогенної ролі застійних і хронічних простатитів, що часто трапляються, та недооцінки психогенних впливів на сексуальну функцію чоловіків. Нерідко ятрогенією є рекомендації малообізнаних у сексології лікарів і офіційні направлення на консультацію до уролога із зазначенням причини направлення чи гіпотетичного діагнозу, а також прямі діагностичні помилки та пов'язане з ними призначення непотрібного і, звичайно, марного лікування. Досить часто коїтофобії, невроз очікування сексуальної невдачі є наслідком упевненості хворих у фатальному впливі мастурбації на сексуальну функцію.

Особливо патогенними є перелічені чинники для осіб із рисами тривожної помисливості, схильних до невротичних фіксацій, а також для молодих людей, які не мають життєвого досвіду й елементарних пізнань у питаннях фізіології статевої функції.

Фізіологічні реакції у формі зниження лібідо, послаблення ерекції, передчасного сім'явиверження, котрі можуть бути наслідком випадкових, поодиноких порушень фізіологічної програми статевого акту, статевих надмірностей або, навпаки, вимушеного статевого утримання, у тривожно-помисливих або малообізнаних осіб можуть закріпитися за механізмом невротичної фіксації і у подальшому трансформуватися у відповідну форму первинного розладу потенції.

Причиною дисрегуляторної форми первинної сексуальної дисфункції може стати систематичне переривання статевого акту з метою запобігання вагітності. Для попередження цієї форми розладу потенції необхідно використовувати інші методи (наприклад, календарний) або протизаплідні засоби.

Щоб уникнути виникнення абстинентної форми первинної сексуальної дисфункції, необхідно знати, що тривале статеве утримання, особливо в літньому віці, може тимчасово знижувати сексуальну активність і якість статевого акту, однак при сексуальному тренінгу потенція повністю відновлюється.

Цілям запобігання конституціонально-генетичній формі сексуальної дисфункції мусить слугувати своєчасне лікування дитячих хвороб та їх ускладнень, повноцінне харчування дітей, залучення їх до занять фізкультурою, особливо в пубертатний період.

Психопрофілактика вторинних розладів потенції включає всі заходи попередження, спроможних призвести до них соматичних і психічних захворювань, а також підвищення культури, розширення знань у галузі психогігієни статевого життя.

Все сказане переконливо свідчить про необхідність активної санітарно-просвітницької роботи серед молоді, серйозної підготовки її до сімейного життя. Перед тим як узяти шлюб, майбутнє подружжя повинно отримати достовірну й достатньо повну інформацію про фізіологію статевої функції, про основи психогігієни статевого життя, способи нешкідливого запобігання вагітності, про значення для нормального сексуального життя правильного режиму праці й відпочинку. Знання про норму й фізіологічні коливання статевої функції, про вплив на неї різних умов (хвороб, медикаментів, психічного перенапруження, перевтоми, вживання алкогольних напоїв тощо) дозволять нейтралізувати наведені вище найбільш часті причини порушення сексуального здоров'я.

Розглянуті негативні чинники є причинами й розладу сексуальної функції в жінок. Проте у жінок сексуальна поведінка, діапазон прийнятності більшою мірою віддзеркалюють здобуте ними в сім'ї виховання. Нерідко неправильне виховання, що культивує надмірну суворість у стосунках із представниками іншої статі, стає причиною вироблення настанови на статеве життя як на прояв нищих, порочних тенденцій і, як наслідок, негативного ставлення до сексу.

Як і в чоловіків, необізнаність жінок у питаннях психогігієни статевого життя може призводити до неправильної сексуальної

поведінки та невротичної фіксації, а згодом і розвитку сексуальної дисфункції.

Часто до виникнення сексуального розладу, до розвитку гіполібідемії, гіпооргазмії, вагінізму та геніталгій у жінки призводить сексуальна поведінка партнера, що не відповідає її бажанням, неправильне проведення попереднього періоду, недооцінка чоловіком психологічної та фізіологічної підготовленості жінки до майбутніх зносин, а також неадекватна техніка самого статевого акту.

Для попередження зазначених розладів необхідно враховувати, що психологічна підготовка у жінок охоплює значно більший відрізок часу, ніж ситуація, що безпосередньо передус статевої близькості, тоді як фізіологічна підготовка за часом укладається в межі тривалості попереднього періоду статевого акту (в більшості випадків 10—15 хвилин). Розширення діапазону прийнятності, оптимізація техніки статевого акту, правильне проведення його заключного періоду відіграють найсуттєвішу роль у запобіганні розвиткові сексуальної дисфункції в жінок.

На якісні характеристики статевого акту доволі негативно можуть впливати нерідко практиковані неправильні способи запобігання вагітності.

Зокрема негативний вплив на сексуальну функцію чинить і переривання статевого акту з метою запобігання вагітності, котре зриває фізіологічну програму копулятивного циклу та зумовлює появу застійних явищ у статевих органах жінки.

Сексуальна функція жінок уразливіша, ніж у чоловіків, тому для них велике значення мають умови сімейно-побутового характеру. Порушення внутрішньосімейних міжособистісних стосунків і негативний вплив конкретних умов, у яких здійснюється статева близькість, легше призводить у жінок до звуження діапазону прийнятності в інтимних стосунках, гіпооргазмії й сексуальної незадоволеності.

Психогенні форми первинної сексуальної дисфункції у жінок, як і в чоловіків, найчастіше розвиваються за наявності тривожно-помисливого характеру, схильності до невротичних фіксацій на невдалому статевому акті, зумовленому різними зовнішніми та внутрішніми чинниками. Заходи психопрофілактики цих форм передбачають обов'язкове дотримання психогігієнічних норм статевого життя, які виключають випадкові статеві зносини, статеві стосунки в несприятливих умовах, після психогеній, на тлі фізичної

перевтоми, а також статеві акти без внутрішнього спонукання, психологічної підготовки й попередніх пестошів.

Профілактика дисрегуляторної форми первинної сексуальної дисфункції має полягати в тому, щоб не допускати практики переривання та пролонгування статевих актів, а також неправильного використання протизаплідних засобів.

Для попередження розвитку абстинентної форми первинного розладу сексуальної функції треба, щоб подружжя знало, що тривале статеве утримання може призвести до зниження лібідо й оргазму, прискороного сім'явиверження, проте є тимчасовим і повністю відновлюється при нормалізації ритму статевого життя. Слід ураховувати також, що після тривалої перерви в статевому житті значущість психологічної підготовки й правильного проведення попереднього періоду особливо зростає.

Профілактика ретардаційної й конституціонально-генетичної форми статевої холодності полягає у правильному, гармонійному вихованні, зокрема вихованні сексуальної культури, своєчасному лікуванні дитячих захворювань, повноцінному харчуванні, заняттях фізкультурою.

Клінічний досвід свідчить про те, що рецидиви первинної сексуальної дисфункції в жінок зазвичай настають після перевтоми, психічних і фізичних навантажень, конфліктних ситуацій, різних захворювань, причому найчастіше вони виникають на тлі низької соціально-психологічної адаптації подружжя. Та обставина, що рецидиви можуть розвиватися після психогенних впливів, які не мають безпосереднього відношення до статевого життя, свідчить про те, що в їх формуванні відіграють роль слідові реакції. Імовірно, в основі сексуальних зривів у таких випадках лежать порушення адаптаційних і компенсаторних функцій нервової системи, що призводить до розладу нейрогуморальної регуляції статевої сфери.

Заходи, спрямовані на профілактику вторинних сексуальних розладів у жінок, включають комплекс заходів із попередження нервово-психічних і соматичних захворювань, які є причиною симптоматичної сексуальної патології. Особливе місце серед цих заходів має бути відведене запобіганню та своєчасному лікуванню неврозів, а також боротьбі з алкоголізмом, наркоманією й тенденціями до фармакофілії.

Психопрофілактика вагінізму й геніталгій мусить бути звернена на попередження неврозів, підвищення загальної й сексуальної

культури. Особливу увагу слід приділяти роз'ясненню шкоди абортів і профілактиці гінекологічних захворювань, а при виникненні останніх — їх своєчасному лікуванню.

Слід приділити особливу увагу значенню дезінформації про секс у розвитку сексуальних розладів і подружньої дисгармонії. Про велику роль дефіциту правильної інформації в порушенні сексуального здоров'я переконливо свідчать такі цифри: серед 300 обстежених подружніх пар неправильні уявлення про норму, фізіологічні коливання й патологію статевої функції ускладнювали наявну сексуальну дисгармонію у 119 чоловіків і 105 жінок та були безпосередньою її причиною у 23 подружніх пар.

Ознайомлення молоді з основами гігієни шлюбу та сім'ї є, таким чином, нагальною необхідністю. З цією метою має проводитися масова санітарно-просвітительська робота із залученням досвідчених лікарів та педагогів, повинні бути створені спеціальні лікарські консультативні пункти для молодих людей, які одружуються. Слід роз'яснювати їм значення для сексуальної гармонії мотивів вступу до шлюбу, достатньо тривалого знайомства, яке дозволить майбутньому подружжю краще дізнатися про характерологічні риси один одного, спрямованість інтересів, ціннісних орієнтацій і т. ін. Це буде найкращим заходом запобіганню психологічній дезадаптації. Надзвичайно корисним щодо цього можуть бути науково-популярні лекції на теми психогігієни подружніх відносин, спеціальні цикли лікарських бесід типу школи молодого подружжя й народних університетів медичних знань, індивідуальні лікарські консультації з питань психогігієни подружніх стосунків.

Такі заходи доцільно проводити в старших класах.

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСГАРМОНІЇ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ

Розвиток сексуальної дисгармонії, як переконливо показано вище, може бути зумовлений найрізноманітнішими причинами, в тому числі психологічною й соціально-психологічною дезадаптацією, розладом психічної й нейрогуморальної регуляції статевої функції, порушенням кірково-підкіркових взаємодій та нейросоматичною дезінтеграцією. Проте за всіх обставин сексуальна дисгармонія, що виникла, у свою чергу є психотравмуючим чинником, який ускладнює перебіг патологічного процесу. Розуміння механізмів розвитку сексуальної дисгармонії визначає розробку адекватних

заходів їх профілактики: це, насамперед, заходи з попередження, раннього виявлення та своєчасного етіологічного й патогенетичного лікування наявних розладів, а також заходи з медичної психологічної і соціально-трудова реабілітації хворих.

Акцентуація характерологічних рис сприяє виникненню різних конфліктних ситуацій у подружніх стосунках. Тому заходи, спрямовані на формування гармонійної особистості, оптимального типу сексуальної мотивації, нормалізацію міжособистісних відносин подружжя, є водночас профілактикою можливих сексуальних розладів і сексуальної дисгармонії.

Розвиток сексуальної дисгармонії подружніх пар може бути зумовлений неправильним уявленням про норму й патологію статевої функції з гіперактуалізацією випадків зниження сексуальних проявів, які найчастіше мають характер фізіологічних коливань. Це в першу чергу стосується осіб із рисами тривожної помисливості, котра нерідко призводить до сексуальних порушень. Відомо, що за певних умов ці порушення можуть спричинити сексуальну дисгармонію подружньої пари. Профілактика дисгармонії в подібних випадках полягає в підвищенні рівня знань хворих у питаннях психогігієни статевого життя.

Психопрофілактичні заходи слід починати з раннього дитинства, оскільки медико-педагогічна корекція, правильне статеве виховання й просвіта сприяють засвоєнню морально-етичних норм поведінки й становленню нормальної психосексуальної орієнтації. На цьому етапі важливого значення набувають сімейна психологічна корекція та проведення соціально-психологічного тренінгу, який має бути спрямований на нівелювання негативних характерологічних рис, навчання правильних форм реагування у складних ситуаціях і формування трудових настанов.

Значущий етап психопрофілактики сексуальної дисгармонії — підготовка майбутнього подружжя до сімейного життя. Слід проводити з молоддю індивідуальні і групові бесіди на тему про психогігієну статевого життя, психологію внутрішньосімейного спілкування й сімейних рольових позицій, а також рольовий психологічний тренінг.

Надзвичайно важливим чинником попередження сексуальної дисгармонії в сім'ях є своєчасне запобігання сімейним конфліктам. Із цією метою проводиться сімейний психотерапевтичний тренінг, спрямований на досягнення правильних форм і шляхів їх розв'язання.

Важливою умовою профілактики подружньої дисгармонії є суворе дотримання здорового режиму життя й трудової діяльності, ліквідація психотравмуючих чинників і формування правильних настанов особистості. З цією метою успішно застосовується психологічна корекція.

Природно, усі профілактичні заходи мають являти собою єдину систему, що значно підвищує їх ефективність. Проводити усі перелічені заходи можна в консультаціях служби сім'ї та шлюбу, у відділеннях лікарсько-психологічного консультування.

ТЕМА 7. ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОЇ САМОСВІДОМОСТІ. ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОЇ ПЕРЕВАГИ

Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія:
Навчальний посібник.-Харків: Фоліо,2008.-С.727-734.
Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних
стосунків: Навчальний посібник.-К.:Арістей,2003.-С175-178.

Запитання і завдання:

1. *Розкрийте зміст та причини виникнення порушення статевої самосвідомості.*
2. *Назвіть основні причини порушення статевої переваги поведінки.*
3. *Проаналізуйте форми девіацій статевої переваги.*

Однією з девіацій психосексуального розвитку є порушення статевої самосвідомості, або так званий транссексуалізм.

Трансексуалізм виникає внаслідок порушення статевого диференціювання мозку, а саме його структур, відповідальних за статево поведінку, розташованих головним чином у гіпоталамусі. Цей розлад призводить до спотворення аутоідентифікації, внаслідок чого людина усвідомлює себе належною до протилежної статі.

Б. Бенджамін (1966), який присвятив вивченню порушення статевої самосвідомості фундаментальну працю «Трансексуальний феномен», вважає транссексуалізм однією з форм загального синдрому статевої дисфорії, яка характеризується емоційно забарвленою невдоволеністю своєю статевою належністю й нездоланим бажанням мати риси протилежної статі. До того ж синдрому він відносить також трансвестизм (перевдягання в одяг іншої статі), що зазвичай відзначається в осіб із порушенням психіки, та гомосексуалізм (статевий потяг до осіб своєї статі).

Статеве диференціювання мозку порушується у плоду чоловічої статі за недостатньої концентрації ембріонального андрогену, в певний період розвитку і недостатньої тривалості його впливу, а також за наявності надлишкової кількості естрогену в крові матері.

Трансексуалізм в осіб біологічної чоловічої статі супроводжується відставанням у фізичному розвитку й досить часто — затримкою психічного розвитку. У дітей прояви транссексуалізму

входять до структури «синдрому порушення статевої ідентичності в дитинстві», що має значну розповсюдженість — до 2 % дітей.

Порушення статевої самосвідомості, судячи з даних літератури, частіше зустрічається серед чоловіків, складаючи від 1:37 тис. до 1:100 тис. населення. Співвідношення між чоловіками й жінками коливається, за даними різних авторів, від 2:1 до 8:1. Середній вік звернення чоловіків до лікаря — 23—24 роки.

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

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

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

Клінічні прояви даної патології можуть бути виражені по-різному залежно від ступеня порушення статевого диференціювання мозку: від яскравих, гротескних його проявів до слабких, стертих, коли ознакою транссексуалізму є лише відзначені в дитинстві спроби віднести себе до іншої статі, чоловіки з яскраво вираженим, «ядерним» транссексуалізмом практично не піддаються впливу мікросоціального середовища й не адаптуються без зміни статі. Водночас за менш виражених, зовні компенсованих форм патології, які є результатом менш грубого, інколи доволі незначного порушення статевого диференціювання мозку у пренатальному онтогенезі, пацієнти соціально адаптовані, незважаючи на те, що в них зберігається відчуття належності до протилежної статі.

На відміну від гомосексуалістів, транссексуали психологічно вважають себе належними до протилежної статі і незмінно прагнуть до хірургічної корекції анатомічної будови свого тіла, що зовсім не притаманне гомосексуалам. Трансексуали вважають свою поведінку природною, не бачачи в ній жодних негативних моментів, тоді як гомосексуали зазвичай розуміють, що їхній потяг до своєї статі не є

нормальним. Якщо транссексуал відчуває відразу до своїх статевих органів і розглядає їх як помилку природи, то гомосексуал, навпаки, прагне підкреслити свої статеві ознаки.

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

Перші ознаки порушення статевої самосвідомості з'являються у 3—5-річному віці, коли на перший план виступають зумовлені ним зміни поведінки. У дошкільному віці діти під впливом виховання, порівняння з однолітками за одягом, виглядом, статевими органами усвідомлюють себе хлопчиками відповідно до біологічної та соціальної статі. Водночас вони неусвідомлено поводять себе як дівчатка, характерними для жіночої статі є їхні потяги, ігри. їм подобається одяг дівчаток, і вони вимагають дозволу його носити, називають себе жіночими іменами, прагнуть до дружби й емоційного контакту з дівчатками і не виявляють інтересу до осіб своєї статі.

Улюбленими іграшками хлопчиків у цих випадках є ляльки, і улюблена їхня гра — в доньки-матері, їм подобається допомагати матері в домашній роботі — прибиранні, пранні, приготуванні страви, в рукоділлі. Хлопчики за характером конформні, слухняні, поступливі, нерішучі, акуратні, вразливі.

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

У старшому шкільному віці й у перші роки після закінчення школи (в період пізнього пубертату) весь стиль поведінки юнаків піддається фемінізації. Вони стають жіночними, кокетливими, рухи їхні

підкреслено плавні, одяг інтерсексуальний. Юнаки не палять, не п'ють алкогольних напоїв, не вживають нецензурних висловів і віддають перевагу жіночому товариству, де їх охоче приймають за своїх, рідше — самотність. Професійні схильності таких юнаків, так само як і віддання переваги домашнім роботам, відображають інверсію статеворольової поведінки. Вони обирають фах медбрата, перукаря, кухаря тощо.

У 20 років транссексуалізм, як правило, виявляється повністю сформованим.

Транссексуалізм нерідко супроводжується невротичними розладами, які виникають унаслідок хронічного емоційного стресу, якого зазнають ці люди. Проте для нього не характерна психопатологічна симптоматика, він не належить до психозів. Як правило, розумова діяльність транссексуалів не страждає, лише склад їхнього мислення і здібності часто властиві людям протилежної статі. Соматично ці люди також здорові, хоч деякі фізіологічні механізми, зокрема біоритми, гормональний баланс, функціонують у них, як в осіб протилежної статі.

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

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

Медико-біологічними й соціально-психологічними протипоказаннями для зміни (корекції) статевої належності є: відсутність бодай однієї з наведених вище умов; вік до 25 років (у виняткових випадках — до цього віку); наявність дітей; перебування у шлюбі під час розгляду комісією заяви пацієнта; наявність ендогенного захворювання з фасадом транссексуалізму; гомосексуалізм, трансвестизм на тлі трансформації статевої ролі (якщо бажання змінити статево належність збігається з початком виникнення сексуального потягу); наявність інших перверсних тенденцій; грубі порушення соціальної адаптації (відсутність роботи, постійного місця проживання та ін.); психологічні особливості, які ускладнюють або роблять неможливою соціально-психологічну адаптацію в бажаній громадянській статі; алкоголізм, наркоманія, антисоціальна поведінка; морфологічні особливості, що ускладнюють

або унеможливають адаптацію в бажаній статі; неможливість ендокринологічної чи хірургічної корекції у зв'язку з наявністю ендокринологічних або соматичних хронічних захворювань; недостатній рівень інтелекту для адекватної оцінки можливих ускладнень; незгода особи, що потребує зміни статевої належності, із затвердженим обсягом відповідних положень, рекомендованих постійно діючою комісією з питань зміни (корекції) статевої належності при МОЗ України.

ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Поведінка особистості значною мірою визначається соціальними чинниками. Суспільство приписує людині і моделі поведінки, притаманні даній статі, тобто статоворольову поведінку. Нормативним стереотипом фемінінної поведінки вважаються м'якість, поступливість, здатність до співчуття й т. ін.

Статоворольова поведінка та її сполучення на біогенному рівні й на рівні Я-концепції багато в чому визначає сексуальність людини, а її неузгодженість на цих рівнях призводить до внутрішньоособистісного конфлікту і нерідко — до розвитку сексуальних перверсій.

Можливі такі сполучення статоворольової поведінки на зазначених рівнях: 1) фемінінна поведінка на біогенному рівні та гіперфемінінна на рівні Я-концепції; відповідно 2) гіперфемінінна та фемінінна поведінка; 3) фемінінна і маскулінна поведінка; 4) маскулінна поведінка на біогенному рівні та фемінінна на рівні Я-концепції; 5) маскулінна поведінка на тому й на другому рівні; 6) гіперфемінінна поведінка на біогенному рівні й на рівні Я-концепції.

Порушення статоворольової поведінки жінок, як і чоловіків, може змінюватися в бік загострення особливостей статевої ролі — тоді спостерігається гіперрольова (гіперфемінінна) поведінка, або може трансформуватися, набуваючи якостей, властивих чоловічій статі — тоді формується маскулінна поведінка в жінок. Статева самосвідомість при цьому залишається правильною.

Трансформація статоворольової поведінки відбувається на етапі формування її стереотипу, зазвичай у результаті впливу негативних мікросоціальних чинників: неправильного виховання, порушення статевої ролі чи негативних характерологічних особливостей батька, матері чи обох батьків. Якщо дівчинка виховується під впливом батька, в ізоляції від матері, в неї може сформуватися

маскулінний стереотип поведінки. Це може відбитися й на формуванні сексуальності, призводячи до появи садистичних тенденцій.

Формування гіперрольової поведінки також пов'язане в основному з мікросоціальними чинниками й особливостями соціокультурного розвитку. Для жінок із гіперрольовою поведінкою характерні конформність, підпорядкованість. У підлітковому та юнацькому віці така поведінка включається до структури статевого потягу, що може призводити до формування перверсії (мазохізму).

Стереотипи статоворольової поведінки в наш час уже не мають таких чітких меж і такого значення у спілкуванні людей, як раніше, хоча статоворольові очікування продовжують існувати. Дедалі частішими стають спроби людей інтегрувати у своєму житті й діяльності маскулінну та фемінінну поведінку. Ця тенденція дістала назву андрогінії (термін, що відображає гнучкість у статоворольовій поведінці).

Андрогінія дає змогу жінці поводитись адекватно ситуації, не обмежуючись статоворольовим стереотипом, реалізуючи свої інтереси, прагнення, потреби незалежно від того, що суспільство може приписувати таку поведінку чоловічій статі. Андрогінії особистості, як свідчить низка сучасних досліджень, мають більш високий рівень соціального захисту й самооцінки, ніж ті, чия поведінка суворо обмежена рамками статоворольового стереотипу, їхня сексуальна поведінка більш розкута, вони позитивніше ставляться до сексу й менше схильні до критики та засудження сексуальної поведінки інших людей. Свобода від жорсткого стереотипу дозволяє жінкам-андрогінам повніше реалізувати всі емоційні й чуттєві можливості сексуального життя.

У сучасному суспільстві, таким чином, можна відзначити тенденцію до розширення меж традиційних стереотипів статоворольової поведінки, що, однак, не знімає проблеми негативної ролі її порушень у становленні сексуальності і статевого життя людини.

ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОЇ ПЕРЕВАГИ

До девіацій статевої переваги належать порушення спрямованості статевого потягу і форм його реалізації, яке називають також статовими збоченнями, сексуальними перверсіями, парафіліями.

Розрізняють істинні перверсії, коли спотворений статевий потяг витісняє й заміщує нормальне статеve життя, і перверсні тенденції — порушення лібідо, що проявляється лише у сексуальних фантазіях, проте не реалізоване. Істинні перверсії є наслідком порушення другої фази формування статевого потягу (навчання й закріплення настанови), перверсні тенденції — порушення першої його фази (вироблення настанови).

Психосексуальна орієнтація формується в процесі постнатального онтогенезу й визначається тісною взаємодією соціально-психологічних та біологічних чинників, які, однак, нерідко деформуються ще у пренатальний період.

Запропоновано низку теорій виникнення перверсій — генетичну, ендокринну, неврогенну, нейроендокринну, умовно-рефлекторну та ін. Як правило, вони пояснюють спотворення спрямованості статевого потягу порушеннями певного етапу психосексуального розвитку.

Елементи цих теорій об'єднує розроблена В. М. Масловим, І. Л. Ботневою, Г. С. Васильченком (1983) дизонтогенетична концепція, відповідно до якої перверсії являють собою результат порушень індивідуального психосексуального розвитку в постнатальному онтогенезі. Вони формуються внаслідок гіпертрофії й закріплення окремих проявів психосексуального розвитку, властивих його раннім етапам. Різні варіанти психосексуального дизонтогенезу, а саме порушення термінів, темпу становлення сексуальності і деформація статеворольової поведінки, є сприятливими до становлення перверсій чинниками, визначають їхню вираженість, а подекуди і клінічну картину.

У разі неможливості адекватно реалізувати статевий потяг (у період юнацької гіперсексуальності, при тривалій ізоляції в одностатевих колективах, при сексуальних розладах тощо) формуються транзиторні замісні перверсії. Вони зазвичай виникають в осіб без порушень психосексуального розвитку й при першій можливості заміщуються нормальними сексуальними контактами. Проте тривалі замісні перверсії можуть трансформуватися в істинні, зокрема при віковій інволюції й сексуальних розладах.

У разі затримки психосексуального розвитку можливі кілька механізмів формування перверсій. Сексуальні вияви ранніх етапів розвитку можуть затримуватись на цих етапах, ускладнюватись, обростати новими елементами, і в період гормональної перебудови

організму на етапі формування психосексуальної орієнтації, стійко фіксуючись, можуть стати патологічними.

Другий механізм формування перверсії полягає в тому, що у разі затримки психосексуального розвитку на ранніх етапах сексуальні прояви дитячого віку зміщуються на більш пізні терміни, збігаючись із формуванням лібідо й спотворюючи його. Ці прояви можуть також справляти яскраве враження на дитячу психіку, особливо, якщо вони підкріплюються сильними емоціями (страх, сором тощо). На етапі формування статевого потягу, якщо його реалізація утруднюється через некомунікабельність, відсутність адекватних об'єктів потягу, надмірно суворої регламентації статевого життя чи у зв'язку із сексуальним розладом, ці враження можуть спливати у фантазіях і також негативно впливати на формування лібідо.

У разі передчасного психосексуального розвитку становлення психосексуальної орієнтації переміщується на більш ранні вікові періоди (пре-пубертатний і парапубертатний), у зв'язку з чим спотворюються сексуальні прояви, властиві вікові. Включаючись до структури лібідо, до статевої ролі, девіантні форми сексуальної поведінки при цьому міцно закріплюються і входять до ядра особистості.

Відповідно до чотирифакторної концепції забезпечення сексуального здоров'я порушення психосексуального розвитку, в тому числі й психосексуальної орієнтації, є наслідком інтеграції дії біогенних, соціогенних, психогенних і негативних соціально-психологічних чинників. Якщо біогенні чинники визначають статеворольову поведінку на біогенному рівні, то три останні чинники формують Я-концепцію особистості. При цьому можливий незбіг (розузгодження) статеворольової поведінки на біогенному рівні й на рівні Я-концепції. Істинні сексуальні перверсії розвиваються при порушеннях на обох рівнях, перверсні тенденції — при порушенні статеворольової поведінки на біогенному рівні та нормальній поведінці на рівні Я-концепції; у зворотній ситуації — при нормальній статеворольовій поведінці на біогенному рівні та порушеній на рівні Я-концепції — виникають минуші перверсії, зумовлені неможливістю нормативного задоволення сексуальної потреби.

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

У жінок неправильну орієнтацію за статтю, тобто статевий потяг до представниць своєї статі, найчастіше називають лесбіянством (а також трибадією, сапфізмом).

Статева ідентичність лесбіянки збігається з біологічною статтю, вона сприймає себе як жінку, проте відчуває потяг до осіб своєї статі.

Слід зазначити, що розмежування лесбіянства, як і взагалі гомосексуалізму, та гетеросексуальності не є суворим. Хоч переважна більшість людей вважає себе гетеросексуалами, між ними можливі різноманітні стани переваг і сексуального досвіду, які можуть також змінюватися в часі.

Однозначне визначення бісексуалізму утруднене через складність цього феномена. За одним із визначень, бісексуал — це людина, яка може вступати до сексуального контакту й отримувати задоволення від нього з представниками обох статей або визнає бажання такого контакту. Таким чином, бісексуалізм являє собою певний компроміс між гомосексуалізмом і гетеросексуалізмом.

Бісексуальна орієнтація — це більш високий, ніж помірний, ступінь і гомосексуальності, і гетеросексуальності. Ця точка зору підтверджується аналізом типів і частоти сексуальних фантазій представників усіх трьох сексуальних орієнтацій. У гомосексуалів, у тому числі й лесбіянок, як і слід було очікувати, фантазії присвячені переважно представникам своєї статі, а в гетеросексуалів — навпаки. Водночас у сексуальних фантазіях бісексуалів присутні стільки ж представників своєї статі, скільки в гомосексуалів, і стільки ж представників протилежної статі, скільки в гетеросексуалів. Звідси виходить, що рівень спільного еротичного інтересу в бісексуалів більш високий.

Серед порушень спрямованості статевого потягу жінок за об'єктом і формами реалізації можна назвати нарцисизм, скопофілію, зоофілію.

Нарцисизм (аутоеротизм, аутофілія) — спрямованість статевого потягу на самого себе. В більшості випадків нарцисизм є не самостійною формою статевого збочення, а епізодом у процесі формування інших перверсій.

Зазвичай вирішальну роль у становленні нарцисизму відіграє ізоляція від однолітків з раннього віку, коли об'єктом вивчення стає тільки власне тіло, проте він може формуватися й при психопатологічних змінах особистості, зокрема, при істероїдній психопатії. Певні елементи нарцисизму можна спостерігати в дітей,

дещо яскравіше вони виражені в підлітків, але в тих випадках, коли елементи закріплюються, в дорослих вони набувають патологічного характеру.

Нарцисизм у жінок проявляється в милуванні власним тілом, своїми статевими органами, розгляданні себе у дзеркалі, пестуванні свого тіла, іноді фотографуванні себе в оголеному вигляді й розгляданні фотографій, причому всі ці дії супроводжуються статевим збудженням і мастурбацією.

Скопофілія (мікроскопія, візіонізм, вуайеризм) — потяг до підглядання за статевим актом чи оголеними представниками тієї чи іншої статі. В жінок зустрічається рідше, ніж у чоловіків.

Як істинна перверсія скопофілія визначається тим, що жінка віддає перевагу підгляданню перед нормальним статевим актом, або тим, що підглядання пов'язане з ризиком (можливо й тим, і іншим). Вуайеристи зазвичай відчувають найсильніше сексуальне збудження, коли існує великий ризик бути виявленим, і цим пояснюється той факт, що їх не приваблюють нацистські пляжі, де спостереження цілком припустиме. У більшості жінок-вуайеристів сильне почуття неповноцінності, неадекватності, особливо в стосунках із потенційними сексуальними партнерами.

У дітей і підлітків підглядання спостерігається досить часто, навіть при нормальному психосексуальному розвитку. У дошкільному віці це явище відзначене в 25 % дітей, у віці 7—11 років його частота знижується в дівчаток до 6,2 %, а серед підлітків різко скорочується — до 0,3 %. Дитячий візіонізм, таким чином, нівелюється з віком і на етапі формування психосексуальної орієнтації зберігається як виняток, стаючи основою майбутньої скопофілії. Скопофілія відображає, таким чином, незрілість статевого потягу, ніби «зависання» між сексуальними фантазіями й реалізацією лібідо.

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

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

Відомо, що прихильність до тварин властива дітям, проте навіть коли відносини з тваринами замінюють контакти з однолітками й заповнюють брак уваги й пестощів дорослих, вони, як правило, не стають основою розвитку зоофілії. В жінок ця перверсія зустрічається

значно рідше, ніж у чоловіків, і зазвичай реалізується у формі куннілінгусу.

Садизм і мазохізм часто розглядають як загальний феномен садомазохістської поведінки, оскільки і в тому, і в іншому випадку сексуальне збудження й задоволення асоціюються з болем і динаміка цих двох видів поведінки багато в чому схожа. Садомазохізм, таким чином, — це отримання сексуального збудження через завдання або відчуття болю. Люди з садомазохізмом збуджуються від ударів канчуком, уколів голками, від того, що їх зв'язують тощо, або від того, що вони самі чинять подібні дії. Ступінь больових відчуттів, які викликають сексуальне збудження, коливається від символічних, м'яких до жорстокого побиття й навіть травм.

Дані, здобуті при клінічному обстеженні садомазохістів, свідчать про те, що багато з них у ранньому дитинстві отримали певний досвід, що пов'язував секс із болем, наприклад у дівчинки, коли її карали, шльопали по сідницях, виникала lubricація чи навіть оргазм.

Порушення спрямованості статевого потягу за віком у жінок можуть мати форму ефебофілії та геронтофілії.

Ефебофілія — статевий потяг до осіб підліткового та юнацького віку. В його формуванні головну роль відіграють труднощі комунікації жінок з однолітками.

Ця перверсія може розвинути в жінок із статевими розладами, котрих приваблює недосвідченість юнаків, незнання ними техніки статевого акту і, отже, менша імовірність засудження своїх сексуальних дій, а також юнацька гіперсексуальність і висока статева активність.

Сексуальна поведінка жінок-ефебофілів мало відрізняється від звичайної, однак має й свої особливості. Передусім розтління — бесіди з юнаками під видом сексуальної просвіти, демонстрація порнографічних зображень, фільмів, читання порнографічної літератури й т. ін.

Геронтофілія — статевий потяг до осіб літнього й старечого віку. Ця перверсія формується на основі ставлення дитини до дорослої людини як до ідеалу, взірця для наслідування. У разі порушення зв'язку з батьками, недостатності уваги й піклування з боку дорослих діти нерідко обертають свою любов на вихователів, учителів та ін. У генезі геронтофілії, особливо в інфантильних особистостей, може відігравати роль прагнення знайти старшого друга, не стільки

сексуального партнера, скільки людину, яка оточила б їх піклуванням.

Геронтофілія в жінок може сформуватися в результаті розбещення їх у дитинстві чи підлітковому віці літніми людьми. Перші сексуальні переживання, з якихось причин пов'язані з дорослими, можуть фіксуватися й у подальшому призвести до формування перверсії. В молодих жінок потяг до літніх чоловіків інколи виникає у процесі пошуку адекватного партнера при невдалих сексуальних контактах із однолітками.

Як сексуального партнера геронтофіліи обирають літніх людей або чоловіків значно старших за себе. В контактах з однолітками вони або не відчують сексуального задоволення, або воно буває менш яскравим. Спроби жінок вступити у близькість із чоловіками свого віку зазвичай унаслідок відсутності сексуального збудження закінчуються невдачею, вони не відчують оргазму.

Порнографоманія й порноманія — сексуальне збудження й отримання задоволення відповідно при зображенні чи розгляданні порнографічних малюнків або читанні порнографічної літератури. Серед жінок зустрічається рідко, так само, як еротоманія — складання любовних листів із метою сексуального задоволення.

Психотерапевтична корекція всіх видів перверсій ґрунтується на застосуванні орієнтаційного психосексуального тренінгу та аутогенного тренування. Тривалість курсу лікування — від 6 місяців до року. Основною умовою досягнення успіху в лікуванні є цілеспрямоване й настійливе бажання хворої змінити спрямованість статевого потягу.

Синдром нерозпізнання сексуального об'єкта - наявність цього синдрому частіше відмічається в осіб з патологічним розвитком особистості, у тих, що страждають психопатологією та в деградованих алкоголіків. Ці особи можуть мати всі форми сексуальних дій – від педофільних до інцестних і зоофільних, не розбираючи, який сексуальний об'єкт з ними.

Особи, які страждають цим синдромом, характеризуються імпульсивністю, зниженням порога сексуальної реактивності, їх сексуальна поведінка контролюється тільки у незначному ступені або зовсім не контролюється, кожний сексуальний об'єкт розглядається тільки у контексті фантома для реалізації статевого збудження.

ВИХОВАННЯ У ДІТЕЙ СТАТЕВОЇ САМОСВІДОМОСТІ

Самосвідомість – це сприйняття людиною самої себе як члена певної соціальної групи суспільства, усвідомлення своїх взаємин з навколишнім світом і людьми, власних учинків, думок, почуттів, розмаїття тілесних і духовних людських характеристик. Завдяки самосвідомості людина стає суб'єктом персональної активності.

Предметом або об'єктом самосвідомості є сама людина. Вона оцінює своє тіло та порівнює його з тілесними характеристиками оточуючих, усвідомлює саму себе, свій світогляд, ставлення до інших людей, до свого місця серед них тощо.

Самосвідомість виникає в людини рано, тому важливо з перших років дбати про подальший розвиток та індивідуальне становлення дитини.

Виховуючи дитину, батьки повинні пам'ятати, що виховують не просто людину взагалі, а дівчат і хлопців, які б високо цінили почуття дружби, кохання, мали глибоке усвідомлення своєї відповідальності за долю коханої людини, сім'ю, яку вони створять, за дітей, які народяться.

Однією з причин нещастя, що трапляються в молодих сім'ях, є байдужість окремих батьків до проблем статевого виховання дитини, до формування в неї адекватної статевої самосвідомості. Досить часто батьки, особливо молоді, не завжди обізнані зі складною проблемою статевого виховання дітей та їх підготовки до майбутнього шлюбу й сімейного життя.

Чоловік і жінка відрізняються за своїм психічним складом і світосприйняттям, що виявляється в емоційній сфері, потребах, бажаннях, інтересах. Більшості батьків не байдуже, хто в них народиться, особливо, коли в сім'ї чекають не першу, а другу або третю дитину. Свою статеву приналежність усвідомлює й сама дитина, коли починає розуміти, що вона хлопчик або дівчинка. Це стає для неї одним з найважливіших елементів її самосвідомості.

Проблема статі людини включає принциповий аспект. Це сприйняття сучасної моделі справжнього чоловіка, справжньої жінки, поняття мужності й жіночості.

Дівчата (жінки) за своєю природою та вихованням відрізняються від хлопців (чоловіків) здатністю тонше відчувати й виразніше за чоловіків виявляють свої внутрішні переживання в зовнішній поведінці (сльозах, жестах тощо). Їм більш властиві

мрійність, ліричність, ніжність, скромність. Ці риси завжди приваблювали хлопців і чоловіків. Такими вони уявляють собі подруг, дружин, матерів. Дівчата у хлопцях (чоловіках) хотіли би бачити мужню, розсудливу, урівноважену, чесну та справедливу людину.

Названі риси представників чоловічої та жіночої статі є наслідком виховання – загального і специфічного (статевого). Без урахування статі у вихованні конкретної дитини не можна сформувати повноцінної гармонійної особистості.

ТЕМА 8. СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ. ПСИХОГЕННІ СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ

Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник.-К.:Арістей,2003.-С.188-194.

Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: Навчальний посібник.-Харків: Фоліо,2008.-С.846-853.

Запитання і завдання:

1. *Розкрийте сутність сексуальних розладів.*
2. *Проаналізуйте основні причини виникнення сексуальних розладів.*
3. *Охарактеризуйте психосоматичні розлади сексуального життя жінки.*
4. *Охарактеризуйте психосоматичні розлади сексуального життя чоловіка.*

СУТНІСТЬ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ.

Особлива соціальна і психологічна значущість сексуальної функції обумовлює вразливість психіки до найменшого, навіть випадкового, прояву розладу. Пов'язані із сексуальними травмами афективні переживання є дуже гострими, надцінні уявлення про неминучість або непереборність сексуальних розладів формуються легко, тому будь-які порушення в сексуальній сфері відчутно позначаються на особистісних особливостях, поведінці людини.

Сексуальні розлади спостерігаються при різних психоневрологічних, соматичних захворюваннях і за їх відсутності. В одних людей вони проявляються як окремий симптом (захворювання), у інших — як сукупність патологічних ознак, що взаємодоповнюються, погіршуючи загальний стан хворого.

Сексуальні розлади виникають у 55% алкоголіків, 85% наркоманів, 30—50% хворих з порушенням системи кровообігу, 70% хворих з неврологічною патологією, 90% хворих з патологією органів сечостатевої системи, 60% хворих на цукровий діабет, 80% хворих зрізаними гормональними патологіями. Доповнивши ці показники випадками сексуальних розладів, які тимчасово виникають у процесі лікування різних захворювань як побічні дії ліків, а також унаслідок перевтоми і перенапруги, можна зробити висновок, що більша частина населення має сексуальні проблеми.

Останнім часом дедалі більше пацієнтів із сексуальними розладами звертається за професійною допомогою до лікарів та психологів. Це пов'язано з тим, що сексуальність перестає бути закритою темою. Однак лібералізація статевої свідомості породжує і певні проблеми. Збільшення обсягу знань про сексуальність нерідко зумовлює формування хибних стереотипів, надмірних очікувань щодо себе і партнера. Наслідком цього є психологічний тиск очікування успіху, страх невідповідності, які спричиняють функціональні порушення у сексуальній сфері, а страх перед симптомом породжує симптом.

Доступна для всіх література, яка негативно описує фатальні наслідки сексуальних ексцесів, мастурбації тощо, провокує ятрогенію (захворювання, що виникло внаслідок неправильного тлумачення слів лікаря, прочитаного тексту), доводить багатьох людей до сексуальної іпохондрії (пригнічений настрій, навіюваність, піддатливість нав'язливим ідеям). Усе це породжує тривогу, побоювання, стурбованість, невпевненість у своїх силах, очікування лиха, спрямовує мислення на хворобу, вселяє страх перед нею і смертю.

За даними Г. Васильченка, психічні чинники статевої дезадаптації встановлено у 46% хворих. Більшість із них особливо вразливі, схильні до сексуальних розладів молоді люди 21-30 років і чоловіки старше 50 років, які не бажають змиритися із зниженням статевих можливостей.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

Серед причин сексуальних розладів розрізняють: фактори, що впливають на фізіологічний стан організму, вікові фактори, психологічні, соціокультурні і психопатологічні.

На *фізіологічний стан* організму, який значною мірою залежить від генетичних факторів, способу життя, соціально-побутової культури особистості і багатьох зовнішніх чинників, впливають:

- 1) порушення екологічних умов проживання (шум, смог, забруднення середовища, шкідливе випромінювання тощо);
- 2) негативні фактори, які впливають на утробний розвиток плоду (куріння, вживання алкоголю, наркотиків, недостатнє та неповноцінне харчування при вагітності, все, що може викликати вроджену патологію);
- 3) неправильний спосіб життя (перевтома, перенапруга, стрес, нераціональне харчування, шкідливі звички);
- 4) перенесені захворювання, травми та хірургічні втручання;

б) нестабільність загального здоров'я (низький артеріальний тиск, порушення функції різних органів, нестійкість і розлади нервової системи, особливо вегетативної);

в) хромосомні та генетичні порушення.

Негативно впливають на фізіологічний стан організму і **протизаплідні засоби**: презерватив знижує відчуття на голові статевого члена; внутріаткова спіраль може перешкоджати отриманню оргастичних відчуттів; гормональні таблетки в одних жінок зменшують, у інших — посилюють сексуальний потяг.

Причиною сексуальних розладів також є **алкоголь**, під дією якого виникають зміни в статевих органах. Особливо негативно він впливає на здатність до запліднення і статевої активності.

Негативно впливає на статеву систему жінки і чоловіка **нікотин**. У чоловіків-курців знижується статевая активність, показники спермограми, а у жінок нікотин токсично діє на гіпоталамус, що призводить до порушення овуляційно-менструального циклу та інших біопатологічних процесів.

Під час вагітності нікотин легко проникає крізь плацентарний бар'єр в організм зародка, а виводиться з нього набагато повільніше, ніж з організму жінки, яка палить. При цьому збільшується частота викиднів, передчасних пологів, ускладнень при пологах. Показники смертності новонароджених у матерів, які палять, на 20—25% вищі, ніж у тих, що не палять. Кількість таких випадків прямо пропорційно залежить від інтенсивності куріння матері. Діти, які вижили, фізично і психічно менш повноцінні і до 6,5 років мають нижчі показники інтелекту.

Сексуальні розлади значною мірою залежать **від віку людини**. Так, у 25-річних чоловіків переважають функціональні розлади еякуляції (передчасне або раннє сім'явиверження), у 25—35-річних — функціональні розлади ерекції, а після 35 років — порушення ерекції, частіше органічного характеру, і зниження лібідо.

У молодих жінок сексуальні розлади розвиваються переважно за типом функціональних і проявляються в порушенні комплексу сексуальної готовності (первинна аноргазмія і вагінізм). У 40-45-річних жінок переважає вторинна аноргазмія як наслідок сексуального незадоволення. Після 45 років сексуальні розлади пов'язані з фазою біологічного старіння і віковими психічними реакціями. Статева холодність спостерігається у жінок усіх вікових груп.

Чоловіки з віком стають у міжособистісних взаєминах емоційнішими, жінки — енергійнішими, агресивнішими, вимогливіше оцінюють партнерів.

У літніх людей статевої розлади часто пов'язані з проявами прихованої депресії. Загалом чим кращі умови життя, медичне обслуговування та багатша культура людей, тим вища їхня середня сексуальна активність, тим успішніше їхнє сексуальне життя.

Повноцінне життя індивіда можливе за взаємодоповнення, взаємозбагачення **соціальних** (забезпечення життя, відтворення фізичних сил) і **культурних** (засвоєння, продукування, передавання наступним поколінням культурних цінностей) його складових.

Сукупність соціокультурних факторів виникнення сексуальних розладів утворюють:

1) особливості розвитку і буття цивілізації (війни, соціально-політичні кризи, забезпеченість населення продуктами харчування, етнічна, расова, релігійна терпимість тощо);

2) особливості норм культури (система поглядів на роль і значення сексу в житті людини);

3) поширення контрацепції (запобігає вагітності, створює передумови для нормального сексуального життя, водночас може спричинити побічний вплив на сексуальне життя і взаємини партнерів — фобію, що партнерка або партнер може завдяки цьому зраджувати);

4) популяризація сексологічних знань (збільшення кількості інформації про сексуальне життя та його патологічні прояви може психічно травмувати особистість, завищувати її вимоги до партнера);

5) зіткнення суперечливих поглядів та моделей поведінки (змішані шлюби, належність партнерів до різних соціальних груп, різне віросповідання);

6) мода на нав'язливе намагання «дублювати» статеву поведінку персонажів кінофільмів тощо;

7) стереотипи поведінки і сексуальні міфи (помилкові погляди на нормальне сексуальне життя і нормальні сексуальні прояви);

8) виховання (проблеми із вибором статевої ролі).

Домінування в житті індивіда чужих соціокультурних концепцій, моделей, зразків руйнує його цілісність, позначається на емоційній сфері, нерідко вносить дисгармонію і в статеве життя.

У сексуальному житті людини **психологічні фактори** відіграють особливу роль. Різноманітні прояви почуттів (настрій, тривога,

афекти, стреси), здатність до саморегуляції, вразливість щодо зовнішніх емоційних впливів — усе це позначається на статевій функції індивіда, часто спричинює сексуальні розлади. Найчастіше їх зумовлюють такі чинники:

1) сімейні (відсутність належного виховання або неправильне виховання в сім'ї; наслідки невдалого шлюбу батьків; втрага одного або обох батьків у віці до 6 років; домінування в сім'ї матері або авторитаризм і деспотизм батька; ранні дитячі конфлікти та фрустрації);

2) особистісні (низька самооцінка, сексуальні загальмованість і пригніченість; невротичний та психопатичний типи особистості; психічна закомплексованість; порушення сексуальної автоідентифікації; професійні фрустрації у чоловіків; психопатологія);

3) порушення психосексуального розвитку (репресивна сексуальна мораль у сім'ї; психосексуальна травма — інцест, звалтування; онаністичний комплекс; дуже рання або пізня сексуальна ініціація; гомосексуальна або девіантна ініціація, гомосексуальні або девіантні тенденції; невіршені комплекси Едіпа та Електри; пригнічення однолітками; примітивні та вульгаризовані сексуальні уявлення; патологічні сексуальні ініціації, особливо при груповому сексі);

4) фобічні (попереджувальна фобія сексуальної невдачі, що виникає в осіб, які не мають сексуальних проблем, однак постійно очікують їх, думаючи, що статеве щастя скоро припиниться; фобія сексуального успіху, характерна для осіб з вираженими песимістичними рисами характеру, яким бракує віри навіть у можливість досягнення сексуального успіху, а досягнення його породжує фобію, що це не матиме позитивного результату).

Сексуальні фобії можуть спричинити різні форми сексуальних розладів, призводити до нетипової сексуальної поведінки. Наприклад, невдачі у спілкуванні з представниками протилежної статі можуть спровокувати гомосексуальну тенденцію, девіантну поведінку, навіть сексуальний злочин.

Функціональні статеві розлади зустрічаються в структурі невротичних станів набагато частіше, ніж прийнято вважати. В якості ведучих симптомів невротичного стану сексуальні порушення відмічаються у 12% випадків. За останній час з'явилося більше побажань пацієнтів здобути від практичних лікарів і психологів допомогу при сексуальних розладах. Це пов'язано з тим, що

сексуальність перестає бути закритою темою. Ліберальність у цій області має не тільки свої переваги, але й недоліки. Знання про сексуальність, які зростають, збільшуючи можливості, дуже легко ведуть до того, що людина очікує визначеного рівня успіху і терпить невдачу якраз під тиском цього очікування. Тиск очікування успіху, з одного боку, і страх невідповідності, з іншого, є найбільш частими причинами функціональних порушень у сексуальній сфері, при цьому виникає фатальне хибне коло, коли страх перед симптомом веде до симптому.

Доступна для всіх повсякденна література, яка розписує у найпохмуріших фарбах фатальні наслідки сексуальних ексцесів, мастурбації та ін., проковує ятрогенію і доводить багато людей до сексуальної іпохондрії. Ця література породжує тривогу і побоювання, заклопотаність і невпевненість у своїх силах, томливе очікування лиха й інші симптоми ятрогенної реактивної депресії, направляє мислення на хворобу, уселяє страх перед нею і смертю. Проблема соціально-економічних наслідків масової ятрогенії хворих з функціональними сексуальними розладами має актуальність, тому що до 80% усіх невротичних станів з іпохондричною настановою приводять до соціальної інвалідації.

ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ СЕКСУАЛЬНОГО ЖИТТЯ ЖІНКИ

Формування лібідо і характер статевої функції жінки залежить не стільки від інтерорецептивних специфічних впливів і рівня естрогенів крові, скільки від великої кількості екстрорецептивних і психологічних факторів. У зв'язку з цим виникає вирішальне значення міжособистісних емоційних стосунків, суспільних і культурних взаємовідносин. Незвична залежність сексуального задоволення жінки від різних емоцій, які відволікають увагу і розхолоджують, приводить до статевої незадоволеності жінки. Саме відсутність автоматизованого оргазму при статевому акті обумовлює значну кількість (25-30%) жінок, у яких його не було і вони навіть не знають, що це таке.

Фригідність. Відсутність статевого потягу і специфічного пристрасного відчуття найбільше за всього обумовлюється певним афективним станом жінки, домінуючим тоном настрою, що виключає необхідну для статевої близькості емоційну готовність до неї. Кохана і кохаюча жінка навіть при відсутності оргазму не вважає себе

нещасливою. Нещасною роблять жінку частіше конфліктні ситуації, які виникають при відсутності прихильності та відповідальності партнера, несхожості потреб, бажань, культурного рівня і суспільних функцій партнерів. На основі всіх цих факторів формується не тільки "культура статевого союзу", але й певна емоційна тональність жінки.

Деякі лікарі вважають, що гостра і хронічна афективна напруга і депресивний стан, які супроводжують фригідність, є явище вторинне, як ускладнення сексуальної дисгармонії, а специфічна роль негативних емоцій у розвитку більшості "сімейних неврастеній" з абсолютною фригідністю дружини і психічною імпотенцією чоловіка не враховується. Найбільш частою причиною виникнення фригідності вважається "депресивний синдром домашньої господарки, яка веде нудне життя".

В основі статевої холодності стають спогади, до яких неможливо звикнути (втрата дитини, матері, чоловіка) або різні докори совісті з причини якогось свого вчинку в минулому і постійна емоційна напруга при необхідності приховувати щось від чоловіка і т. ін. Байдуже або негативне ставлення до обов'язкового статевого акту виключає у результаті специфічний емоційний стан готовності до нього і виникнення відчуття бажання в першій фазі сексуального потягу жінки – періоду попередніх пестощів, породжує іноді одне тільки роздратування. Зниження або повна втрата статевого потягу при певному прояві депресії може привести до відповідного послаблення або відсутності наступних фаз статевого акту. Повна дискредитація статевого кохання в очах жінки приводить не до зміни партнера, а до відмови від статевого життя.

Відсутність якого-небудь сексуального задоволення перетворює відповідні домагання чоловіка в обтяжливий, непосильний обов'язок, з яким не завжди можна змиритися. Збережена протягом тривалого часу статева домінанта трансформується при цьому в відчуття страждання, сімейного нещастя, самотності й може привести до невротичного зриву. При психогенній фригідності в структурі субдепресивних станів і в емоційно нестабільних осіб можлива раптова нормалізація лібідо. Це можна пояснити не тільки зміною сексуального партнера, а в більшості випадків зміною загальної афективної тональності жінки.

Симптоматична і психогенна фригідність формуються в структурі депресії, але чіткого розмежування між невротичною і псевдоневротичною (ендогенною) депресією на ранніх стадіях

розвитку хвороби немає.

Вагінізм. Основним психологічним компонентом розладу є страх – страх чогось або всього, що пов'язано так чи інакше зі статевим життям (*коїтусофобія*). Він може розвиватися на фоні значних афективних порушень, які викликані конфліктами у сім'ї або неприємностями на роботі; гострим страхом вагітності або абортів; страхом смерті від пологів або при кардіофобії після перенесеної хвороби серця і т. ін.

Вагінізм необов'язково може бути пов'язаний з якимось сексуальним чинником. Стійка істерична контрактура (коли ноги хворої щільно стиснуті) формується у структурі афективного стану. Цей симптом, який виникає як наслідок емоційного стресу при екстремальній ситуації (спроба звалтування), в подальшому фіксується у хворих за типом умовного рефлексу (фобія можливого повторення). Типовий істеричний симптом відображає крайній ступінь сексуального опору, це може бути усвідомлене або неусвідомлене прагнення хворої ухилитися від сексуального контакту.

Не останню роль може грати наростаюча антипатія до чоловіка, відраза до нього в результаті якихось неприйнятних для жінки фізичних або моральних його якостей. Страх болю як наслідок сексуальної невихованості і грубості чоловіка, який думає тільки про власні відчуття, приводить до постійної травматизації жінки, наростання асенізації і невротизації у неї в умовах важкого внутрішнього і сімейного конфліктів.

Недооцінка афективного розладу в патогенезі вагінізму приводить до неадекватної терапії цього стану і до закріплення патологічного рефлексу, який навіть при виході з депресії, може залишитися.

Фригідність і вагінізм знаходяться в основі так званого *відносного психосоматичного безпліддя* – стерильного шлюбу при повній відсутності яких-небудь патологічних змін, які перешкоджають зачаттю і нормальному виношуванню плода. Основними причинами цієї патології є розлади ерекції та еякуляції, обумовлені негативними емоціями чоловіка, при підтвердженні здатності його до запліднення в іншому місці і певними функціональними порушеннями в організмі жінки. До них можуть відноситися *функціональні розлади овуляції*, які виникають у результаті розладу регулюючого впливу гіпоталамічно-гіпофізарної

системи, при відсутності органічного ураження або аномалій розвитку яєчників, гіпофізу, щитовидної залози й інших залоз внутрішньої секреції.

З афективними порушеннями пов'язані деякі форми *вторинного безпліддя* – неможливість завагітніти після вагітності, що патологічне протікала або драматично закінчилася. Чим важчою була психічна травма, чим сильніший страх безпліддя, тим більша ймовірність і виразність відповідних розладів у подальшому.

Одним з поширених розладів менструального циклу є *психогенна аменорея* – припинення місячних протягом 6 місяців і більше при функціональній гіпоталамічній недостатності. Розрізняють психогенну аменорею, яка виникає внаслідок гострих стресових ситуацій, і аменорею при нервовій анорексії, яка виникає після психічних травм. Безпосередньою причиною виникнення психогенної аменореї є важкі психічні травми і переляк, субдепресивні і депресивні стани, які є наслідком різкої зміни життєвого стереотипу й ідеї материнства, що прийняла патологічний характер у вигляді страху безпліддя або вагітності. Класичним прикладом психогенної аменореї є розлад менструального циклу у воєнний час, ув'язнених у концтаборах, у тюрмах і трудових таборах. Так, у найжахливішому концтаборі смерті Аушвіц (Освенцім) аменорея спостерігалася у 100% жінок.

Частіше за все лікарі займаються такими формами вторинної аменореї, які виникають як наслідок конфліктного розвитку особистості, особливо як наслідок амбівалентності у ставленні до своєї жіночої ролі. Комплексне охоплення власною жіночістю може набувати у жінки різних перспектив і властивостей: усеосяжним є спростовування власної жіночості при нервовій анорексії. Іншою особистісною особливістю при цьому розладі є невизначеність схеми тіла з перекрученим сприйняттям своєї статевої сфери.

Функціональна психогенна аменорея, особливо у жінок після 30 років, може знаходитися в основі *синдрому мнимої (помилкової) вагітності*. Класичним прикладом у цьому плані є англійська королева Марія Тодор, яка мала виражений депресивний стан після мнимих пологів через відсутність законного престолонаслідника. Більш за все цей синдром зустрічається у самотніх, овдовілих або жінок, що проживають ізольовано.

У випадках мнимої вагітності терапевтично неможливо знайти опору для вербальної психотерапії, тому що ці жінки непохитні і

категорично підтримують свої уявлення.

ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ СТАТЕВОГО ЖИТТЯ ЧОЛОВІКА

Імпотенція. Функціональні статеві розлади зустрічаються доволі часто у структурі невротичних станів чоловіка. Виникнення зниження потенції розглядається як одна з важливіших ознак пригнічення духу і втрати життєвої енергії. Саме "імпотенція" як діагноз при невротичних станах з наростаючою емоційною нестійкістю і афективними реакціями є одним із найбільш хибних.

Сексуальні проблеми хворого можуть бути дуже неприємною темою для лікарів, особливо жінок, які не проявляють інтересу до встановлення у хворого цього роду особливостей. На цьому фоні пацієнти, які вважають своєю істинною хворобою статево безсилля, проходять неодноразові курси лікування у різних соматичних відділеннях з приводу обтяжливих відчуттів у зоні тих чи інших органів і виникнення сильних алгій в різних частинах тіла, спричинених депресивними станами. Депресія посилюється ще більше після закінчення лікування, у зв'язку з відсутністю нормалізації статевих функцій.

Особливе соціальне та психологічне значення й актуальність статевої функції обумовлюється вразливістю психіки при найменшому прояві зниження потенції. Чим більше чоловік зводить прояви своєї мужності до ознаки статі, тим скоріше виникає у нього фобія імпотенції. При наявності визначеної готовності ЦНС, однієї тільки інформації про можливість зниження потенції достатньо для появи страху імпотенції, і як наслідок цього – виникнення статевого безсилля. Прикладом цього може бути випадок, коли необачний вираз жінки, дружини або лікаря про можливість зниження потенції в разі якогось захворювання або прийняття ліків, може обумовити швидкий розвиток психічної імпотенції, з якої пацієнта буде неможливо вивести роками.

В основі стійкого іпохондричного самоспостереження знаходяться випадкові порушення статевої функції, як наслідок гальмування психічних впливів (хвилювання, втомленість, алкогольні ексцеси та ін.). Іпохондричні страхи, які обумовлені тільки легкими фізіологічними розладами, можуть привести до органічних змін.

Можлива втрата мужності і здорової довіри до себе в осіб, які мали інформацію з науково-популярної літератури про шкідливість

онанізму і венеричних захворювань. Внаслідок цього – тривога та страх, занепокоєність та невпевненість у своїх силах, чекання біди й інші важкі симптоми ятрогенної реактивної депресії нашкодують мислення людини на сприйняття хвороби, навіюють страх перед смертю.

Розлади статевої функції виникають не тільки при органічних захворюваннях статевих органів ЦНС або важкої соматогенної астенії, але й при найрізноманітніших невротичних і псевдоневротичних станах. Психічна імпотенція як наслідок емоційного переживання зустрічається частіше, ніж реактивна іпохондрична депресія в результаті травми статевих органів або атрофії яєчок. Імпотенція органічного генезу займає приблизно 10%, а інші 90% мають розлади статевої функції, як наслідок фізичної або розумової втоми, фобії перед статевим актом, відрази до сексуального партнера і т. ін.

Основна маса хворих зі скаргами на імпотенцію стають "статевими страждальцями". Виникнення сексуальних порушень при невротичних станах пов'язано не стільки з якимисьь несподіваними і сильними афектами на фоні екстремальної ситуації, скільки з повсякденними емоційними перевантаженнями. Вирішальними психогенними факторами психічної імпотенції стають постійні хвилювання, тривоги, життєві турботи, порушення режиму роботи і відпочинку, хронічні психотравмуючі ситуації на роботі і в сім'ї. Серед причин статевого безсилля є не тільки тривалі неблагополучні обставини для сексуального контакту, але й дисгармонія емоційної напруги партнерів, неузгодженість їх дій у питанні матеріального забезпечення сім'ї або вихованні дітей, непристойна або неадекватна поведінка одного з подружжя, конфліктні взаємини з родичами, які мешкають поряд, погані квартирні умови або матеріальні труднощі, нецікава та виснажлива праця. Велике значення набувають при цьому психотравмуючі обставини, пов'язані з почуттям занепаду, втратою близьких і рідних, очікуванням репресій та іншими факторами, які зачіпають важливі аспекти існування.

Основним фоном психічної імпотенції є тривога і різке зниження настрою. Описані переживання хворих – втрата віри у правдивість дружини, у її вірність; випадки розкаяння після випадкових статевих зв'язків та ін., приводять до виникнення депресивних реакцій. Такі ж наслідки мають неповага, грубість, недовіра та переслідування дружини. В іншому випадку депресія може виникнути при

нешасному коханні, при постійній статевій незадоволеності, як наслідок байдужості жінки або тривалого статевого стримування. Такі хворі страждають від усвідомлення свого безсилля, від необхідності приховувати ганьбу від оточення. Одна тільки думка про можливість своєї недієздатності викликає почуття сорому і роздуми про самогубство.

Важливою умовою нормалізації статевої функції є, в першу чергу, не встановлення типу вищої нервової діяльності й особистого характеру сексуальної поведінки, а показник наскільки, своєчасно була виявлена депресія і правильно проведена оцінка патогенетичної ролі афективного розладу в розвитку сексуальних порушень.

Зниження статевого потягу. Цей вид розладу може виникнути у зв'язку з транзисторною сублимацією (переключення сексуальної активності на підвищену діяльність у іншому напрямку). Тимчасова цнотливість, коли людина охоплена своїми ділами, як правило, доволі легко переноситься навіть при тривалому стримуванні. Тимчасове статево безсилля, як наслідок виконання певних професійних обов'язків, звичайно проходить само по собі, коли зникає вплив праці. Розумова діяльність, яка витісняє статевий потяг, свідчить про виникнення або наявність психічних порушень.

Втрата емоційно-чутливої основи сексуального сприйняття перешкоджає статевому акту або робить здійснення його за звичкою, за почуттям подружнього обов'язку чи іншими розумовими мотивами. Статевий потяг при субдепресивних і депресивних станах знижений або відсутній, статевий акт виконується рідко і з потугою, не приносить відповідного задоволення навіть, коли нормальні еякуляція й оргазм.

Чим вищі та яскравіші етичні й естетичні чинники у мотиваційних аспектах лібідо, тим більша залежність статевого життя від афективних проявів. Чим нижчий інтелектуальний рівень індивіда, чим ближчий він до генітального типу, тим вищий ступінь депресії для виникнення явного послаблення лібідо.

Передчасна еякуляція. Серед половини хворих з функціональними статевими розладами зустрічається прискорене (після 10-15 фрікцій) і дуже швидке (після 2-7 фрікцій) сім'явиверження. Психічна імпотенція з підвищеною збудливістю і передчасною еякуляцією найбільш характерна для атипичних депресивних станів з перевагою страху і тривоги.

Наростаюча від невдачі до невдачі фіксація на прискорену

еякуляцію (за типом неврозу очікування із збільшенням поганого настрою в очікуванні чергового провалу) доводить цих хворих до того, що іноді їм тільки варто подумати на початку статевого акту про можливість передчасної еякуляції, як вона зразу і настає.

Психічний асперматизм. Це важкий розлад статевої функції у клініці депресивних станів, при якому відсутня еякуляція й оргазм, незалежно від тривалості фрікції при повній збереженості лібідо і нормальній ерекції (у випадках, коли є інша жінка або коли дружина набридла). При цій патології статевий акт стає виснажливим для обох партнерів. Психогенна природа асперматизму відмічається при відносному, вибірковому його характері: він може проявлятися з жінкою, з якою достатньо складні і негативні взаємини, і бути відсутнім при стосунках з іншою. Ці випадки можуть бути відмічені в осіб, які повинні підтримувати обтяжливі подружні стосунки

Розлади ерекції. Скарги на недостатню ерекцію зустрічаються у 30-45% випадків при психогенній імпотенції і найбільш характерні для невротичних станів з клінічною картиною гіпостенічної неврастенії. При збільшенні прояву депресії здатність до ерекції втрачається зовсім. Особливо потужним астенізуючим чинником при афективних порушеннях із сексуальними розладами стає переключення психічного індивіда на крайню тривогу з приводу зниження або втрати своєї "чоловічої основи". Все це може закінчитися заміною лібідо все більшим страхом.

Це може бути страх першої шлюбної ночі або першої статевої близькості; страх вагітності, шлюбу або наслідків його; страх перед венеричними хворобами або бути захопленим зненацька. Всі ці форми коїтусофобії приводять до виникнення основних двох страхів – страху статевого безсилля і страху смерті.

Особливе значення для розвитку психічної імпотенції в клініці депресивних станів є страх невдачі. Переконавання у безпорадності викликає безпорадність, а страх статевого безсилля може бути таким великим, що ерекція ніколи вже не зможе відновитися, чим більше прагне така людина бути статево "сильною", тим сильніше уявлення, що перешкоджають ерекції і стримують її. Патологічна або навіть проста фіксація уваги на діяльності тих або інших органів визначає втрату автоматизму, який забезпечує легкість виконання відповідних функцій. Вирішального значення набуває при цьому емоційне збудження при думці про те, удасться спарування чи ні, і надзвичайно сильне бажання викликати ерекцію в цей час. І чим більше чоловік

готується до цієї відповідальної для нього акції, тим менше у нього шансів на удачу. При крайніх ступенях цього великого бажання мати повноцінну ерекцію і наростання, у зв'язку з постійною афективною напругою, асенізація хворого не тільки адекватна, але й спонтанна ерекція не виникає вже ні за яких умов.

Не тільки явна статева холодність дружини або її відраза до статевої близькості, але навіть іронічна або недобра усмішка, що показалися, одне необережне слово і кожна незначна стороння думка здатні порушити цілісність сексуального сприйняття і виступити у якості чинника, який затримує ерекцію. Статевий акт, який не приносить повного задоволення, не тільки не знімає емоційної напруги, ще й посилює почуття ніяковості або навіть ворожості до свідка. Тому виникає переключення статевого почуття, коли навіть враження, що раніше супроводжувалися відчуттями радості, сприймаються тепер як болісно неприємні. Емоції статевого життя набувають все більш суперечливого характеру. Оптимістичні очікування і надії поступово витісняються тривогою, сумнівами і непевністю в собі, виникають почуття гіркоти і страху.

Наростаюче на фоні депресивного стану почуття страждання здатне стимулювати психічну затримку ерекції при ще збереженому по суті статево-м'язовому потязі. Відчуття розбитості і спустошення, кардіалгії, головний біль, розумова млявість та інші симптоми невротичного розладу виникають або посилюються після кожного статевого акту і зберігаються протягом декількох годин або навіть днів. Деякі з чоловіків настільки нажахані цими обтяжливими відчуттями, що місяцями уникають навіть коханої жінки і статевої близькості з нею.

При наростанні важкості депресії здатність до ерекції втрачається зовсім. Повне занурення у свої думки, нездатність до сприйняття сексуального об'єкта і відсутність статевого потягу обумовлюють розвиток стійкої психічної імпотенції. Різке послаблення всіх фаз статевого циклу з приєднанням до цього виражених гіпоталамічних розладів приводить до раннього або патологічного чоловічого клімаксу, навіть у 25-30 років. Чим яскравіше і повніше при цьому уявлення індивіда про згасання інкреторної діяльності статевих залоз під час "клімаксу", тим більш виражено протікає його страждання.

ТЕМА 9. ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ СЕКСОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ТА ЛІКУВАННЯ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

Діденко С.В., Козлова О.С. Психологія сексуальності:
Підручник.- К.: Академвидав, 2009.- С.261-268.

Запитання і завдання:

1. *Охарактеризуйте комплекс чинників, що впливають на ефективність лікування сексуальних розладів.*
2. *Назвіть основні принципи терапії сексуальних порушень.*
3. *Розкрийте основні методи лікування сексуальних хворих.*

Кожне відхилення від звичного стандарту статевих проявів відразу фіксується у свідомості суб'єкта і в тій або іншій формі позначається на його подальшій поведінці, тому що, з одного боку, сексуальна поведінка особистості відображає вплив соціально-психологічних норм, а з іншого – специфічність характеру, поглядів і настанов, все, що відповідає поняттю особистість.

У сексопатологічній практиці застосовується системний підхід для вивчення психологічних особливостей структури особистості сексологічного хворого, який запропонував Г.С. Васильченко. Основні положення цього методу базуються на теорії К.К. Платонова про ідентифікацію психологічних особливостей, де виділяється чотири основні ієрархічні підструктури:

1. Специфічна для людини *спрямованість* особистості: ідеали, світогляд, переконання, інтереси та ін.
2. *Досвід* (навички, вміння і звички).
3. *Індивідуальні особливості психічних процесів*: увага, пам'ять, моторика, емоційність, воля, відображення та ін.
4. *Тип вищої нервової системи*.

Вивчення індивідуальних особливостей сексологічного хворого передбачає з'ясування характеристик особистості як у ході їх хронологічного становлення, так і за всім діапазоном їх прояву. Комплексне вивчення особистості хворого поєднує традиційні прийоми індивідуально-біологічного обстеження з методами структурованого інтерв'ювання.

З усіх чотирьох підструктур психологічних особливостей особистості у сексологічній практиці надають перевагу її *спрямованості*, тому що при цьому велику роль грають мотиваційно-

емоційні аспекти особистості і в першу чергу – її ціннісні орієнтації. Поряд із традиційною класифікацією цінностей відповідно до сфер суспільного життя, для сексолога важливим аспектом є роль, яку грають вони у поведінці людини. При цьому цінність виступає як інтегруючий елемент, який відображає настанови і спрямованість особистості.

Інтегральна характеристика другої підструктури складається з відомостей, які відображають соціальну зрілість, життєвий досвід, навички, професійну кваліфікацію. При цьому визначається вік, освіта, які види спорту культивує, професія, займана посада, динаміка соціального росту.

Визначення особливостей психологічних процесів, параметрів третьої підструктури, у сексологічних хворих проводиться нечасто, тому що вони можуть розглядатися на рівні психопатологічних синдромів.

У тих випадках, коли розділи дослідження і таблиці невротичних проявів надають інформацію про присутність психопатичних рис або психічних розладів, встановлення типу вищої нервової діяльності не проводиться. У всіх інших випадках рекомендовано для визначення темпераменту оцінювати характеристики збудливих і гальмівних нервових процесів, їх взаємну врівноваженість і рухливість.

При дослідженні структури особистості сексологічного хворого в першу чергу треба визначити, яке місце серед інших інтересів займає сексуальна сфера. Але при визначенні відносної значимості та якісної характеристики її у системі індивідуальних цінностей особистості, не можна обмежуватися ізольованим розглядом цієї сфери поза всією системою поглядів і настанов особистості, що може привести до діагностичних помилок і психологічних прорахунків.

Практичне лікування сексуальних розладів почало бурхливо розвиватися у середині 60-х років ХХ століття. Такий стрімкий розвиток пояснювався тим, що за попередні роки на міждисциплінарній основі сформувалася сексологія як окрема наукова дисципліна; були розроблені та впроваджені в практику нові спеціальні методи діагностики й лікування; для лікування сексуальних розладів почали широко використовувати методи інших дисциплін, особливо психотерапії.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ СЕКСУАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

Універсальність лікарських засобів і терапевтичних схем не гарантують лікування сексуальних розладів. Не завжди вдається відразу дібрати оптимальні комбінації, дози препаратів, визначити психотерапевтичні напрями лікування. У клінічній практиці патогенетична терапія повинна ґрунтуватися на неухильному дотриманні принципів положень, покликаних забезпечити поступову редукцію психогенних сексуальних розладів, цілковиту або відчутну нормалізацію самопочуття і настрою хворої людини; наслідком їх недотримання можуть бути невиліковність невротичних і псевдоневротичних станів, хроніфікація їх перебігу. Систему терапії сексуальних порушень утворюють кілька принципів.

1. Принцип індивідуальної терапії. Дотримання його орієнтує на диференційований підбір основного психотерапевтичного засобу, визначення його адекватної дози та найефективнішого шляху введення.

Цілеспрямований вибір препарату з метою впливу на певну ланку в складному симптомокомплексі депресивних станів потребує правильного оцінювання статусу хворого: встановлення психогенної природи соматичних розладів, наявності афективних порушень. Призначення психотропних речовин без точного знання механізмів виникнення конкретного сексуального розладу і впливу препаратів на функції організму абсолютно неприпустиме.

Підбір оптимальних за терапевтичним ефектом доз вимагає врахування рівня головного психопатологічного синдрому, тривалості страждання, ступеня віталізації (лат. *vitalis* — життєвий) депресії. При цьому беруть до уваги вік і конституцію пацієнта, перенесені ним у минулому важкі захворювання і черепно-мозкові травми, наявність серцево-судинних та ендокринних захворювань. Враховують його професію, звички, умовно-рефлекторні варіанти біологічних ритмів, суб'єктивне ставлення хворого до лікування і лікарського препарату.

Оптимальний терапевтичний ефект можливий при застосуванні невеликих або мінімальних доз психотропних препаратів. Це створює умови для терапевтичної гнучкості лікування, знижує імовірність виникнення побічних і лікарських ускладнень. Абсолютними протипоказаннями щодо призначення психотропних ліків є ниркова і печінкова недостатність, вагітність, алергізація організму.

2. Принцип комбінованої терапії. Він передбачає одночасне лікування соматичної патології центральної нервової системи та психогенних порушень; визнає постійні поради і допомогу терапевта у створенні в пацієнта індивідуального щоденного стереотипу; комплексне застосування психотропних засобів з різною спрямованістю основної та побічної дії для успішної терапії афективних розладів із вісцеровегетативною (лат. *viscera* — нутрощі і *vegeto* — оживляю) симптоматикою; поєднання психофармакотерапії та психотерапії при патопсихологічному лікуванні психогенних сексуальних розладів.

3. Принцип динамічної корекції психічного та фізичного станів хворого. Цей принцип поширюється на весь процес лікування соматизованої депресії й охоплює такі послідовні етапи: а) перший контакт з пацієнтом; б) адаптація до препаратів і збільшення їх доз; в) індивідуально-оптимальний терапевтичний вплив лікарських речовин; г) скасування препаратів (за нормалізації ефективності і соматичного статусу хворого). Першу бесіду з хворим розглядають при цьому як окремих етап лікування.

Здійснення психотерапії вимагає чіткого встановлення вказівок до її застосування. Основне завдання психотерапевта при цьому полягає у виявленні великої групи хворих з різними соматичними скаргами за незначних емоційних розладів. Такі хворі більше потребують підтримки і корекції поведінки, ніж тривалого лікування.

Стосовно людей із сексологічними розладами, яким потрібна допомога психотерапевта, необхідно послуговуватися правилом «дбайливого ставлення». У розмові з ними не слід застосовувати терміни, які мають образливий, зневажливий відтінок («імпотенція», «безсилля», «нездатний» тощо).

За індивідуальної психотерапії фахівець повинен враховувати механізми психологічного захисту, не давати відразу коригувальних настанов, якщо вони суперечать поглядам або несвідомим установкам пацієнта. Головне завдання — перебудувати установки пацієнта. Контроль за формуванням установок є основною ознакою раціональної психотерапії, її відмінністю від простої рекомендації лікаря.

Для успішного лікування психогенних сексуальних розладів потрібні високий професіоналізм, розуміння ролі у структурі кожного сексуального розладу первинної або вторинної деформації особистості. Без цього в сексологічній практиці неможливі активна

психотерапія, використання нетрафаретних діагностичних і терапевтичних схем.

ТЕРАПІЯ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

Лікування сексуальних розладів почали активно практикувати в середині 60-х років ХХ ст. Передумовами цього були формування в попередні роки на міждисциплінарній основі сексології як окремої наукової дисципліни; розроблення та впровадження в практику нових спеціальних методів діагностування та лікування сексуальних розладів; широке використання у лікувальній практиці методів інших дисциплін, особливо психотерапії.

Психотерапія сексологічних хворих не обмежується застосуванням окремих методик (гіпнотерапія, автогенне тренування та ін.), вона є основою лікувально-реабілітаційного комплексу. Ця концепція реабілітації ґрунтується на розумінні, що особистість людини поєднує біологічне та соціальне начала в їх нерозривній єдності. Реабілітація — значно ширша практика, ніж лікування, покликана не лише позбавити людину від страждань, а й відновити і зберегти її особистісний і соціальний статуси, становище у власних очах і в очах тих, хто її оточує. Реабілітація і лікування є цілісним єдиним процесом, за якого лікування спрямоване на хворобу, а реабілітація — на людину загалом. Тому реабілітаційна програма сексологічних хворих повинна забезпечувати:

- звернення до особистості хворого, активне його залучення до лікувально-відновлювального процесу, співробітництво з лікарем у досягненні мети реабілітації;
- різнобічність зусиль (спрямованість їх на різні сфери життєдіяльності — сім'я, робота, друзі та ін.) для зміни ставлення хворого до себе, хвороби і соціального середовища;
- єдність біологічного (медикаментозна терапія, фізіотерапія та ін.) і психосоціального (психотерапія, трудова терапія тощо) впливів;
- послідовність і поступовість зусиль, впливів, заходів, у т. ч. психосоціальних.

Головне завдання терапії сексуальних розладів полягає в нормалізації соматичних проявів емоційних реакцій, підвищенні фізіологічної витривалості хворого щодо психічних впливів, усунення функціональних порушень, попередження їх відновлення або хроніфікації. Адекватна терапія повинна забезпечувати цілісний підхід до людського організму з урахуванням не лише хвороби, а й

особистості хворого. Адже індивідуальні особливості, психічний стан особистості обумовлюють здатність пацієнта зосереджуватися на певному уявленні, піддаватися його впливу, від чого залежить ефект терапії незалежно від її об'єктивної цінності. Раціональне лікування сексуальних розладів передбачає цілеспрямований терапевтичний вплив на причину страждань. При цьому необхідно враховувати вплив свідомих і несвідомих психічних реакцій на терапевтичну ефективність лікування.

Негативно впливають на результат лікування тривала хвороба, низький рівень самооцінки хворого в сексуальній ролі, високий рівень невротизації, наявність психосексуальної травматизації в анамнезі (історії хвороби), первинний характер сексуального розладу, розвиток розладу на органічній основі з важким перебігом та ін.

Для ефективності лікування сексуальних розладів велике значення має прогноз, в основі якого знаходиться аналіз біографічних, особистісних і партнерських характеристик хворих, причині розвитку в них сексуальних розладів, факторів, які мають значення для визначення результату самого лікування. На позитивний результат лікування впливає цілий комплекс чинників:

1. *Біографічні чинники*: нормальна сексуальна атмосфера в сім'ї, неконфліктні взаємини з батьками, наявність братів і сестер, позитивні контакти з однолітками, успіх при набутті освіти, професії, професійної діяльності та ін.

2. *Чинники психосексуального розвитку*: відсутність психосексуальної травматизації у дитинстві, нормальні строки статевого дозрівання, наявність позитивного досвіду нормальних товариських взаємин з особами своєї, а пізніше протилежної статі, сексуальна ініціація у віці 17-20 років, відсутність догматизму в справах сексу; оптимальне: сприйняття значення сексу в житті, позитивна самооцінка в сексуальній ролі та ін.

3. *Партнерські чинники*: підтримка з боку партнера у лікуванні, його доброзичливість і ставлення до сексуальних; проблем хворого з розумінням та ін.

4. *Чинники, які обумовлені сексуальним розладом*: невелика тривалість розладу (до півтора року), функціональний їх характер.

5. *Чинники, які пов'язані з процесом лікування*: наявність у хворого позитивної настанови на лікування, правильність діагностики і вибору тактики лікування, висококваліфікований лікар, співробітництво лікаря і хворого.

До негативних чинників, які впливають на результат лікування, треба відносити: тривалу хворобу, низький рівень самооцінки хворого в сексуальній ролі, високий рівень невротизації, наявність психосексуальної травматизації в анамнезі, первинний характер сексуального розладу, розвиток розладу на органічному фоні з важким перебігом та ін.

Всі методи лікування сексуальних розладів можна поділити на основні сім груп:

1. *Медикаментозна терапія.* Цей метод переважає в амбулаторному лікуванні і більш ефективний при лікуванні сексуальних розладів, які виникають

на органічній основі. Для терапії використовують такі групи лікарських препаратів: нейролентики; місцеве анестезуючі препарати; психостимулятори й атидепресанти; загальнозміцнювальні препарати; гормональні препарати; препарати, які вибірково діють на сексуальне збудження (йохімбін, "віагра", стрихнін).

2. *Фізіотерапія.* Найбільш часто цей метод використовується у лікуванні сексуальних розладів органічної природи, але має ефект і при лікуванні функціональних сексуальних розладів. Основними його представниками є: електрофорез, імпульсна електротерапія, гідротерапія, термотерапія, грязелікування, магнітотерапія, індуктотерапія, акупунктура, електропунктура, вібротерапія, масаж, механотерапія, квантова гамма-терапія.

3. *Тренінгові методи.* Це найбільш розповсюджені в наш час методи психотерапевтичного впливу при лікуванні сексуальних розладів, їх широке розповсюдження обумовлене тим, що вони доволі швидко дають позитивний ефект при лікуванні сексуальних розладів функціонального типу, а іноді і при розладах з органічною етіологією. Спеціально розроблені програми застосування тренінгових методів не тільки для лікування сексуальних розладів у конкретного хворого, але й для сексуальних розладів у партнерському зв'язку. Найбільш розповсюдженими у лікуванні методами є: програма У. Мастерса і В. Джонсон; релаксаційний тренінг; систематична десенсибілізація; аверсійне лікування; імітація; самоконтроль; техніка терапевтичної мастурбації; тактильний комунікативний тренінг; емоційний тренінг.

4. *Гіпно́терапія.* Цей метод має прадавні корені та багаті традиції і частіше за все використовується при лікуванні функціональних сексуальних розладів і сексуальних девіацій.

5. *Психотерапія.* Психотерапевтичний вплив у багатьох випадках є єдиною формою сексологічного лікування, а при використанні комплексу методів відіграє серед них найважливішу роль. Найбільшу поширеність у сексологічній практиці отримали методи раціональної психотерапії, негіпно́тичної сугестивної психотерапії, психоаналітичні методи, лібротерапія (лікування читанням), музикотерапія, методи медитації.

6. *Партнерська психотерапія.* Цей метод розглядає партнерську проблему з перспективи взаємодії між партнерами і направлений на лікування партнерських зв'язків не як окремих осіб, а як одного цілого.

7. *Групова психотерапія.* Цей метод лікування має велике визнання і поширення у сексологічній практиці. В його основі є використання в лікувальних цілях динамічних процесів у визначеній групі хворих, які в першу чергу виникають серед самих пацієнтів, а в другу, з меншим проявом – між пацієнтами і лікарями. Цей метод лікування потрібно відрізнити від психотерапії у групі хворих, при якій використовуються принципи індивідуальної психотерапії, але одночасно до декількох хворих.

Використання деяких методів, які застосовуються для лікування сексуальних розладів, викликає заперечення серед частини суспільства і деяких фахівців-сексологів. Іноді в окремих країнах вони можуть вступати у конфлікт з діючими законами. Демонстрація пацієнтам зображень сексуальної тематики може бути віднесена до розповсюдження порнографії або ненормальних сексуальних стосунків. Використання секс-терапії, основаної на застосуванні у лікувальних цілях спеціально підготовлених людей для навчання різним видам сексуальної поведінки в процесі особистого сексуального контакту, може бути розцінено як розповсюдження розпусних дій.

Незважаючи на ті протиріччя, які є у суспільстві і серед фахівців, вибір конкретного методу лікування, якщо він направлений на благо хворого, треба залишати на відповідальність лікаря, а заключне слово при цьому повинно бути за самим хворим. Саме цим особам належить право вибору методів досягнення кінцевої мети.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акимова Л.Н. Психология сексуальности. – Одесса:СМИЛ,2005.
2. Аномальное сексуальное поведение. Под ред. А. А. Ткаченко. М.: РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1997. – 426 с.
3. Буртянский Д.Л. с соавт. Медицинская сексология. Саратов, Изд-во Саратов.ун- та, 1990, – 272 с.
4. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция. М., “Медицина”, 1985, – 240 с.
5. Васильченко Г.С. Сексопатология. Г., 1990.
6. Гери Ф. Келли. Основы современной сексологии. "Питер", 2000.-889с.
7. Діденко С. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник. – К.:Арістей,2003.-312 с.
8. Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник.-К.:Арістей,2003.-312 с.
9. Діденко С.В., Козлова О.С. Психологія сексуальності: Підручник.- К.:Академвидав,2009.-304 с.
10. Здравомыслов В.И. с соавт. Функциональная женская сексопатология. Алма-Ата “Казахстан”, 1985, 272 с.
11. Имелинский К. Психогигиена половой жизни. М., “Медицина”, 1972, – 256 с.
12. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М., “Медицина”, 1986, – 242 с.
13. Кон И.С. "Вкус запретного плода: сексология для всех". М. "Семья и школа", 1997. -464с
14. Кон И.С. Введение в сексологию. М., “Медицина”, 1988, 320 с.
15. Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: Навчальний посібник.-Харків: Фоліо,2008.-990 с.
16. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии. М.: Мир, 1998.-692с.
17. Общая сексопатология. Руководство для врачей. Под ред. Г.С.Васильченко; М.,”Медицина”, 1977, – 488 с.
18. Персональный сайт И.С.Кона <http://sexology.narod.ru/>
19. Р.Крафт-Эбинг. Половая психопатия. Пер.с нем. М.: Республика.1996, 591с
20. Сайт “Сексология и сексуальное здоровье”
<http://autoeros.stealth.ru/>
21. Свядощ А.М. Женская сексопатология. М., “Медицина”, 1988. – 176 с.
22. Сексология. Энциклопедический справочник. Минск “БЭ”, 1993. – 351 с.
23. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. – М., 1990.
24. Сексопатология: Справочник. Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. – 576 с.
25. Статеві розлади. Под ред. Й.М.Аптера, Київ, “Здоров”я”, 1974, – 376 с.
26. Форель А. Половой вопрос. Под ред. В. М. Бехтерева. СПб.: изд-во “Освобождение”, 1910. – тт. 1-2 Классический труд по сексологии.
27. Частная сексопатология. Под ред. Г.С.Васильченко, М.,”Медицина”, – 1983, т.1, 350 с., т. 2, 304 с.

Навчальне видання

ФЕДИК Оксана Василівна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Матеріали для самопідготовки до семінарських занять

Упорядкування та редагування *Федик О. В.*

НБ ПНУС



790135

Підп. до друку 22.04.2009. Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура "Times New Roman". Ум. друк. арк. 9,5.
Тираж 50 пр.