

СЕКСОЛОГІЯ та СЕКСОПАТОЛОГІЯ

За редакцією професора Бойка М. І.



ЗМІСТ

ВСТУП

Прелюдія	6
Розділ 1. Предмет медичної сексології та сексопатології	8
1.1. Історія розвитку сексології	8
1.2. Поняття сексології, сексопатології	24
1.3. Організація сексологічної допомоги та освіти	26

ЧАСТИНА I. СЕКСОЛОГІЯ

Розділ 2. Теоретичні аспекти сексуальності	30
2.1. Сексуальність. Типи сексуальних культур	30
2.2. Декларація сексуальних прав	35
2.3. Основні теорії у вивченні людської сексуальності	38
2.4. Сексуальне здоров'я. Поняття про норму. Сексуальна адаптація	44
2.5. Сексуальна мотивація	50
2.6. Модель сексуальної відповіді	57
Розділ 3. Психофізіологічні основи сексуальності	64
3.1. Анатомія та фізіологія статевих систем	64
3.2. Поняття про стать	95
3.3. Анатомо-фізіологічний статевий розвиток	98
3.4. Психосексуальний розвиток	104
3.5. Вікові прояви сексуальності	110
3.6. Гігієна та психогігієна статевого життя	114
3.7. Статева освіта та виховання	118
3.8. Планування сім'ї	120
Розділ 4. Сексуальна орієнтація	131
4.1. Визначення і типи	131
4.2. Епідеміологічні дані	133
4.3. Теорії сексуальної орієнтації	134
4.4. Статеві відмінності у вираженні сексуальної орієнтації	137
4.5. Ставлення до сексуальної орієнтації	138

Розділ 5. Парафілії	142
5.1. Поширеність. Теорії розвитку сексуальних девіацій	142
5.2. Діагностичні критерії	145
5.3. Сексуальні відхилення за способом реалізації сексуальних дій	147
5.4. Сексуальні відхилення за об'єктом потягу	153
5.5. Транссексуалізм	162

ЧАСТИНА II. СЕКСОПАТОЛОГІЯ

Розділ 6. Загальна сексопатологія	166
6.1. Етика та деонтологія в роботі лікаря	166
6.2. Поширеність сексологічних захворювань	168
6.3. Семіотика порушень сексуального здоров'я	169
6.4. Класифікація сексуальних розладів та сексуальної дисгармонії	175
6.5. Порушення сексуального здоров'я при психоневрологічних розладах	178
6.6. Принципи лікування сексуальних розладів	180
6.7. Психотерапія порушень сексуального здоров'я	181
Розділ 7. Спеціальна сексопатологія	186
7.1. Чоловіча сексуальна дисфункція	186
7.1.1. Еректильна дисфункція	186
7.1.1.1. Фактори ризику	186
7.1.1.2. Класифікація	189
7.1.1.3. Діагностика еректильної дисфункції	190
7.1.1.4. Лікування еректильної дисфункції	202
7.1.2. Порушення еякуляції	212
7.1.3. Аноргазмія	222
7.2. Жіноча сексуальна дисфункція	223
7.2.1. Особливості жіночої сексуальності	223
7.2.2. Етіологія і патогенез сексуальної дисфункції	224
7.2.3. Класифікація	226
7.2.4. Діагностика	227
7.2.5. Розлад сексуального бажання	229
7.2.6. Порушення сексуального збудження	234
7.2.7. Порушення оргазму	238
7.2.8. Сексуальні больові розлади: диспареунія і вагінізм	242

ЧАСТИНА III. СУДОВА СЕКСОЛОГІЯ

Розділ 8. Загальні питання судової сексології	250
8.1. Предмет дослідження судової сексології	250

8.2. Поширеність сексуальної злочинності	252
8.3. Фактори, що впливають на сексуальну злочинність	252
Розділ 9. Сексуальні злочини	255
9.1. Злочини проти статевої свободи та статевої недоторканності	255
9.2. Злочини проти громадського порядку та моральності	266
Розділ 10. Судово-медична експертиза	281
10.1. Встановлення статевої зрілості	281
10.2. Встановлення статі	283
10.3. Судово-медична експертиза девіацій сексуальної поведінки	283
10.4. Профілактика сексуальної злочинності	286
Додаток 1. Міжнародний індекс еректильної функції (MIEF 15)	291
Додаток 2. Профіль передчасної еякуляції (ППЕ)	295
Додаток 3. Індекс статевої функції жінки (ІСФЖ)	296
Список рекомендованої літератури	301

клало кінець родинним шлюбам. Такі шлюби підвищували здатність до фізичної та розумової адаптації. За однією з гіпотез, члени первісних племен не усвідомлювали зв'язку між статевим актом та зачаттям, і, можливо, така ситуація зберігалась до X ст. до Р.Х. Інші ж учені переконані в тому, що вже в первісному суспільстві було винайдено спосіб контролю над народжуваністю за допомогою рослинних відварів.

Наявні знання про інтимні людські стосунки відображаються в епосах, працях філософів, письменників, поетів та митців того часу, скульптурах, амулетах, амфорах (рис. 3, 4, 5). Елементи статевого життя та зображення органів не були табуованими, а навть — на них накладався ореол сакральності й інколи вони виконували функцію оберега. Заслугують на увагу жіночі фігурки з Трипільської культури (IV ст до Р.Х.), знайдені на території України (рис. 6).

Вплив міфології на розвиток сексології особливо яскраво виявляється в запозиченні імен для позначення відповідних органів, функцій або сексуальних розладів. Жіночі геніталії називали раковиною Афродіти, жіноче лобкове підвищення — горбком Венери. До цих пір збереглася назва "клітор" (Кліторіс, дочка Мірмідона, була така мала, що Зевс був змушений перетворитися на мурашку, щоб зблизитися з нею). Гермафродит — людина з ознаками фемінінності та маскулінності



Рис. 3. Елементи античної еротичної культури



Рис. 4. Бог Мін в храмі Люксора (Античний Єгипет) символ удачі і чоловічої сили



Рис. 5. Гермафродит (3 ст. після РХ.)



Рис. 6. Жіночі фігурки — Трипільська культура (IV ст до РХ.)

Геродот (V ст. до Р.Х.) — згадував про скіфів, які населяли південь сучасної України, особливо заможних, які страждали на статеве безсилля, що було пов'язано з тривалою верховою їздою. Авіценна (979–1037) — перський автор енциклопедичних праць, в яких систематизовано всі сучасні йому знання, в т.ч. сексологічні. Саме він уперше вказує на різницю між жіночим та чоловічим оргазмом.

Період спостережень і донаукових досліджень

В середні віки відношення до сексуального життя в суспільстві було переважно негативним, у моральному плані оцінювалось як нечисте і гріховне й пов'язувалося з важкими захворюваннями, але повної заборони на неї не накладалося у зв'язку з необхідністю продовження роду. Абсолютне підпорядкування сексуального потягу власній волі розглядалося як вищий ступінь досконалості особи. В ті часи з'являються пояси вірності та чесноти (хоча деякими істориками виголошується думка про більш пізні виготовлення цих пристроїв, як підтвердження легенди про їх існування) (рис. 10). Демонологічне відношення до сексуальності людини в цілому й особливо до жінки як спокусниці і підсобниці диявола отримало свій крайній вираз в спалюванні "відьом".



Рис. 10. Пояс вірності

Попри несприятливі чинники для розвитку та дослідження сексуальної сфери у Європі вже в середні віки робилися спроби вивчення сексуальних проблем.

Універсальний геній Леонардо да Вінчі (1452–1519) в час Відродження також займався проблемами сексуальності й анатомії статевих органів. Він проводить анатомічні дослідження, одним із перших аналізуючи трупи, описує деякі внутрішні статеві органи, статевий акт, і вагітність (рис. 11, 12). Заперечує судження Арістотеля щодо ерекції, роблячи висновок, що статевий член заповнюється кров'ю, а не повітрям.

Він першим помітив, що у страчених через повішення чоловіків виникає рефлекторна ерекція. Цікавим є його спостереження відносно розмірів статевих ор-



Рис. 11. Зображення статевого акту



Рис. 12. Зображення процесу дітородження

ганів: "У жінки звичайно є бажання, прямо протилежне бажанню чоловіка, і це те, що жінка любить розмір дітородного члена чоловіка такої величини, яка тільки можлива, а чоловік бажає зворотне в статевому органі жінки, але ні той, ні інший ніколи не отримують жаданого, бо природа, яка не може бути осуджена, передбачила це ради пологів і у жінки цей статевий орган пропорційно тулубу більший, ніж у іншого ссавця будь-якої породи".

У першій половині XVI століття Андре Везалій (1514–1564), італійський професор анатомії, першим тасмю препарував труп вагітної та її матки і яєчники.

Придворний хірург французького короля Карла IX і попередник сучасної хірургії Амбруаз Паре (1510–1590) видав підручник акушерства, в якому описав, зокрема, різні способи, за допомогою яких жінка може отримувати сексуальне задоволення. Винайшов перші "протези" статевого члена (рис. 13).

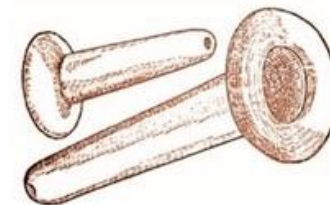


Рис. 13. Перші протези

Гормональні контрацептиви при добрій ефективності мають певні побічні ефекти, стосовно зміни сексуальної поведінки жінки та типів чоловіків, які приваблюють гетеросексуальних жінок. Зміни гормонального балансу під час овуляції не тільки готують організм до потенційної вагітності, викликаючи зміни в репродуктивному тракті, але й впливають на жіночий мозок. У цей період жінка намагається виглядати більш привабливою та еротичною, її голос, рухи тіла і навіть запах міняються, стаючи привабливішими для чоловіків.

Окрім того, показано, що жінок під час овуляції приваблюють більш маскуліно виражені типи чоловіків (обличчя, тіло, голос, запах) і вони віддають перевагу короточасним сексуальним стосункам. І навпаки, жінки після прийому гормональних контрацептивів вибирають надійніших партнерів і мають триваліші стосунки та їх поведінка під час овуляції помітно не міняється.

РОЗДІЛ 4.

Сексуальна орієнтація



Гомосексуалізм (від грец. *homos* — однаковий і лат. *sexus* — стать), інверсія, гомофілія — це статевий потяг, спрямований на осіб однойменної статі. У чоловіків він також називається уранізм (від імені Урана — батька Афродіти), мужелозтво (*coitus per anum*), педерастія (*coitus per anum* — з хлопчиками), у жінок — лесбійська любов, лесбійство, трибадія, сафізм (від імені давньогрецької поетеси Сафо, яка жила на острові Лесбос) (рис. 63, 64).

4.1. Визначення і типи

Існує принципова нестача знань про варіації сексуальної орієнтації — про те, що насправді означає бути геєм, лесбійкою чи бісексуалом. Є необхідність у наданні



Рис. 63. Том Фінляндський



Рис. 64. Егон Шіле. "Сафична пара"

Таблиця 11. Диференційна діагностика психогенної та органічної форм еректильної дисфункції

Диференційна діагностика	
Органічна ЕД	Психогенна ЕД
Поступовий початок	Раптовий початок без видимого пошкодження
Гострий початок з очевидною причиною	Ситуаційна
Постійна дисфункція	Нічна ерекція нормальна
Відсутність нічної ерекції	Молодий вік
Немолодий вік	Відсутність факторів ризику
Наявність факторів ризику	Сексуальна дисгармонія
Сексуальна адаптація	

Огляд

Найголовнішими аспектами огляду є:

- Зріст, маса тіла пацієнта, індекс маси тіла, або окружність талії, що може бути важливішим (вісцеральне ожиріння призводить до дефіциту тестостерону, ді-сліпідемії) (рис. 79).
- Окружність талії бажано мати не більше 94 см.
- Конституційний тип (нормостенічний, гіперстенічний, астенічний).
- Будова тіла (евнухозна, гіноїдна, інфантильна). Будь-який з цих трьох варіантів може свідчити про дефіцит статевих гормонів.
- Стан шкіри (тургор, наявність гнійників, які бувають під час статевого дозрівання і у випадку цукрового діабету).

189 см, 93 кг = IMT 26



190 см, 94 кг = IMT 26

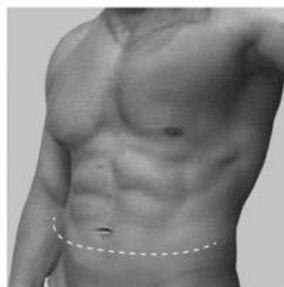


Рис. 79. Окружність талії

Оцінка вторинних статевих ознак:

- Вираженість та особливості розподілу підшкірної основи, тонус м'язової системи.
- Характер волосяного покриву (рис. 80), лобкового оволосіння (рис. 81), наявність гінекомастії (рис. 82).

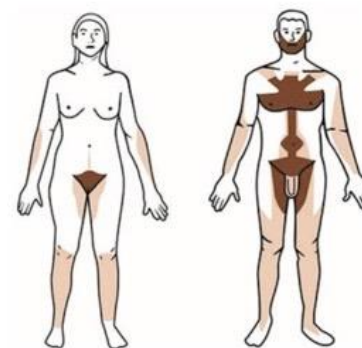


Рис. 80. Характер волосяного покриву



Рис. 81. Жіночий вид росту волосся на лобку чоловіка



Рис. 82. Гінекомастія