

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Основи сексології

Навчально-методичний комплекс
для студентів зі спеціальності «Психологія»

Харків – 2012

УДК 613.88(075.8)
ББК 57.0я73
О 75

Рецензенти: доктор медичних наук, професор кафедри сексології і медичної психології ХМАПО **Луценко О. Г.**,
кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Національного аерокосмічного університету ім. М. Є. Жуковського «ХАІ» **Гулий Ю. І.**

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 2 від 16.02.2012)*

Основи психотерапії : навчально-методичний комплекс для студентів зі спеціальності «Психологія» / укл. : Кочарян О. С., Терещенко Н. М. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2012. – 40 с.

У навчально-методичному комплексі «Основи сексології» розглядаються основні закономірності формування і функціонування сексуальності людини та її порушення. Курс є введенням до психосексології, що розглядає психологічні аспекти сексуальності. Навчально-методичний комплекс призначений для студентів факультету психології зі спеціальності «Психологія».

УДК 613.88(075.8)
ББК 57.0я73

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2012
© Кочарян О. С., Терещенко Н. М., укл., 2012
© Дончик І. М., макет обкладинки, 2012

ЗМІСТ

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ КУРСУ.....	
ЗМІСТ КУРСУ.....	
МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ.....	
ОРІЄНТОВНІ ПИТАННЯ ДО СЕМЕСТРОВОГО КОНТРОЛЮ.....	
ЛІТЕРАТУРНІ ТА ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ ДО КУРСУ	

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ КУРСУ

Мета і завдання курсу

Мета: ознайомлення студентів третього курсу із закономірностями психосексуального розвитку людини, а також з основними його етапами. Психологія в Україні і країнах СНД довгий час розвивалася як "безстатева психологія" індивіда без статі (І. С. Кон, 1981), що часто створювало безвихідь у науково обґрунтованому розв'язанні ряду соціальних та педагогічних завдань (В. А. Геодакян, 1989). До сьогодні чинник статі не став важливою дослідницькою одиницею, і систематичні дослідження з питань психології статі у країнах СНД залишаються малочисленими (В. Ю. Каган, 1991 та ін.). Сучасний стан розробки проблеми статі можна охарактеризувати як незадовільний.

У курсі буде розглянуто процеси становлення статевої самосвідомості, статевої поведінки, психосексуальної орієнтації, а також поняття "статевої конституції", етапи копулятивного циклу, особливості чоловічої та жіночої сексуальності. Курс є введенням до психосексології, що розглядає психологічні аспекти сексуальності. Тому в курсі є теми, які пов'язані з аналізом сексуальних фантазій та їх ролі у забезпеченні нормальної сексуальної поведінки.

У курсі аналізуються порушення статевої функції та сексуальні перверзії у чоловіків та жінок, а також методи психотерапії сексуальних порушень.

Завдання курсу:

1. Розкрити місце сексології в системі наук, а також основні поняття і принципи.
2. Вивчити сучасні теорії сексуальних розладів.
3. Надати уявлення про поняття норми і патології в сексології.
4. Розглянути закономірності формування сексуальності людини, основні етапи психосексуального розвитку та порушення, які можуть виникнути на цих етапах.

5. Навчити студентів застосовувати деякі методи психодіагностики та психотерапії при роботі з сексуальними розладами.

У результаті вивчення даного курсу студент повинен

Знати:

– основні закономірності формування сексуальності людини та її порушення;

– основні етапи психосексуального розвитку людини;

– питання норми та патології у сексології;

– методи психодіагностики у сексології.

Вміти:

– провести збір анамнезу;

– провести психологічну діагностику особистості хворого на сексуальні розлади та структурний аналіз сексуального розладу;

– застосувати деякі психотерапевтичні техніки.

Методи навчання

Програмою передбачено такі методи навчання:

Лекція – основний вид навчальних занять, призначених для викладення теоретичного матеріалу з дисципліни «Основи сексології». Кожна окрема лекція – елемент курсу лекцій, що охоплюють основний теоретичний матеріал однієї або кількох тем. Тематика лекцій визначена робочою навчальною програмою.

Індивідуальне навчальне заняття проводиться з окремими студентами з метою підвищення рівня їх підготовки та розкриття індивідуальних творчих здібностей. Індивідуальні навчальні заняття організуються за окремим графіком, і можуть охоплювати частину або повний обсяг занять з навчальної дисципліни.

Консультація – форма навчального заняття, при якій студент отримує від науково-педагогічного працівника відповіді на конкретні питання або

пояснення окремих теоретичних положень чи їх практичного використання. Консультація проводиться для групи студентів.

Методичні рекомендації до самостійної роботи

Навчальна програма з дисципліни «Основи сексології» передбачає самостійну роботу студентів, яка має на меті розвиток пізнавальної активності студентів, поглиблення та розширення вже добутих знань, розвиток умінь використовувати отримані знання в практичній діяльності.

У процесі самостійної роботи студенти мають розвинути вміння та навички:

- організації самостійної діяльності;
- самостійної роботи в бібліотеці з каталогами;
- роботи з навчальною, навчально-методичною, науково-популярною та науковою літературою;
- конспектування літературних джерел;
- інформаційного пошуку в мережі Інтернет.

Методи контролю

Поточний контроль проводиться науково-педагогічними працівниками на лекційних заняттях. Основне завдання поточного контролю – перевірка рівня підготовки студентів до виконання конкретної роботи. Основна мета поточного контролю – забезпечення зворотного зв'язку між науково-педагогічними працівниками та студентами у процесі навчання, забезпечення управління навчальною мотивацією студентів. Інформація, одержана при поточному контролі, використовується як науково-педагогічними працівниками – для корегування методів і засобів навчання, так і студентами – для планування самостійної роботи.

Форми проведення поточного контролю та критерії оцінки рівня знань визначаються кафедрою психологічного консультування і психотерапії.

Результати поточного контролю (поточна успішність) є визначальними для модульної оцінки та при проведенні заліку з даної дисципліни.

Модульний контроль

Студент отримує оцінку за кожен модуль на основі написання контрольної роботи. Модульна контрольна робота може складатися з кількох тестових завдань з варіантами відповідей та відкритих питань, відповідь на які повинна бути розгорнута.

За перший модуль студент максимально може отримати 30 балів.

За другий модуль студент максимально може отримати 20 балів.

За третій модуль студент максимально може отримати 10 балів.

Модуль зараховується, якщо студент відповів хоча б на половину запитань модульної контрольної роботи та набрав половину з можливих балів.

Семестровий підсумковий контроль

Студент допускається деканом факультету до семестрового контролю з конкретної навчальної дисципліни, якщо він виконав умови допуску, визначені у робочій навчальній програмі дисципліни.

У межах курсу «Основи сексології» студент допускається до семестрового контролю, якщо він протягом семестру набрав не менше 20 балів за підсумками написання підсумкових модульних контрольних робіт.

Семестровий підсумковий контроль з навчальної дисципліни «Основи сексології» проводиться у формі диференційованого заліку.

Семестровий диференційований залік – це форма підсумкового контролю, яка полягає в оцінці засвоєння студентом навчального матеріалу з дисципліни на підставі написання модульних контрольних робіт в межах кожного окремого модулю. Максимальна кількість балів, яку може отримати студент за написання підсумкової залікової роботи складає 40 балів.

ЗМІСТ КУРСУ

Модуль 1. БАЗОВІ ПОНЯТТЯ СЕКСОЛОГІЇ

Тема 1. ВСТУП ДО СЕКСОЛОГІЇ

Багатомірна детермінація статі. Біологічна, паспортна, психологічна, соціальна стать. Визначення понять гендер, стать, статеворольова ідентичність. Структура сексологічного знання. Психологічні аспекти сексології. Культура та сексуальність: сексуальні міфи. Типи сексуальних культур.

Завдання для самостійної роботи

Скласти доповідь з однієї із запропонованих тем та самостійно вивчити всі перелічені: «Культурні особливості сексуальної реалізації», «Основні комплекси сексуальної культури на Заході», «Основні комплекси сексуальної культури на Сході».

Розглянути негативні наслідки безладного статевого життя та незахищеного сексу (СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом, небажана вагітність та інше).

Підготовка до лекції.

Тема 2. ПСИХОСЕКСУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ЛЮДИНИ

Етапи психосексуального розвитку: парапубертатний, препубертатний, пубертатний, перехідний та етап зрілої сексуальності. Умовно-сексуальні прояви. Догенітальна сексуальність. Формування ерогенних зон, параоргаїстичний феномен. Типи мастурбації, ознаки патологічної мастурбації. Статеворольовий розвиток. Моделі маскулінності та фемінінності. Умови формування статеворольових девіацій, ознаки девіацій. Транссексуалізм, статеворольові трансформації.

Завдання для самостійної роботи

Вивчити основні теоретичні ідеї психосексуального розвитку теорії З. Фрейда та їх розвиток у працях сучасних представників психодинамічного напрямку (Ф. Тайсон, Н. Мак-Вільямс та ін.)

Ознайомитись з методами гендерної психології, спрямованої на визначення статоворольових моделей та типів гендерної ідентичності. Методика С. Бем, модифікований варіант статоворольової шкали А. Хейлбруна (А. С. Кочарян, Є. В. Фролова).

Розглянути патогенні наслідки мастурбації як проблему сучасної сексології.

Підготовка до лекції.

Модуль 2. СЕКСУАЛЬНІСТЬ ТА ЇЇ РОЗЛАДИ

Тема 1. СТАТЕВА КОНСТИТУЦІЯ ЧОЛОВІКА ТА ЖІНКИ

Поняття про статеву конституцію. Критерії оцінки статевої конституції. Генотипічний, конституційно-модульований та фенотипічний індекси статевої ідентичності. Роль особливостей протікання пубертатного періоду для визначення статевої конституції. Поняття умовно-рефлекторного ритму статевої активності у чоловіків.

Шкала векторного визначення чоловічої статевої конституції. Шкала векторного визначення жіночої статевої конституції. Конституційні варіанти норми статевих проявів. Застосування шкали векторного визначення статевої конституції в діагностичній практиці.

Завдання для самостійної роботи

Проаналізувати визначення сексуальності представників різних характерологічних типів в психологічних теоріях (З. Фрейд, О. Лоуен, В. Райх, Н. Мак-Вільямс та ін.) Написати есе з цієї теми.

Підготовка до лекції.

Тема 2. НОРМА ТА ПАТОЛОГІЯ У СЕКСОЛОГІЇ

Етапи копулятивного циклу. Норма фрикційного етапу. Оргазм. Оргазм у жінок. Аноргазмія. Психологічний компонент копулятивного циклу та його патологія.

Патологія потягу, ерекції, еякуляції у чоловіків. Синдром тривожного очікування сексуальної невдачі. Сексуальні порушення у жінок: вагінізм, віргогамія, геніталгія.

Сексуальна дезадаптація подружньої пари.

Завдання для самостійної роботи

Проаналізувати психологічні травми, які можуть призвести до порушення сексуальної сфери чоловіків і жінок. Розглянути уявлення про сексуальне насильство, розбещення та інше.

Розглянути основні форми сексуальних перверзій.

Вивчити різні патогенетичні форми розвитку гомосексуалізму.

Підготовка до лекції.

Тема 3. ОСОБЛИВОСТІ ЧОЛОВІЧОЇ ТА ЖІНОЧОЇ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Реакція чоловіків та жінок на сексуальну стимуляцію. Ерогенні зони у чоловіків. Ерогенні зони у жінок. Особливості формування та функціонування лібідо у чоловіків і жінок.

Сексуальні фантазії. Сновидні та мастурбаторні фантазії. Роль сексуальних фантазій в сексуальному житті людини. Проблема визначення поняття «зріла сексуальність».

Завдання для самостійної роботи

Роль досліджень А. Кінські у визначенні місця сексуальних фантазій в житті дорослої людини.

Вивчити особливості статевого життя на різних етапах життєвого циклу чоловіка. Вивчити особливості статевого життя на різних етапах життєвого циклу жінки.

Розглянути уявлення про сексуальні сценарії у жінок.

Підготовка до лекції.

Модуль 3. МЕТОДИ СЕКСОЛОГІЇ

Тема 1. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В СЕКСОЛОГІЇ

Особливості психологічної діагностики у сексології. Діагностика особливостей подружжя та відносин у парі. Тест Лірі, проєкційний тест З. Старовича, тест Л. Зонді.

Завдання для самостійної роботи

Розглянути методику визначення особливостей психосексуального розвитку «Blacky Pictures».

Підготовка до лекції.

Тема 2. СЕКСОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Метод структурного аналізу сексуальних розладів. Складові копулятивного циклу. Етапи структурного аналізу. Загальні та специфічні критерії функціонального стану складників копулятивного циклу. Структурна решітка як метод аналізу виявлення різних форм синдроматиксиса та емергентності.

Завдання для самостійної роботи

Ознайомитись з картою сексологічного дослідження чоловіків та жінок (Г. С. Васильченко).

Розглянути поняття сексологічний анамнез.

Підготовка до лекції.

Тема 3. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ В СЕКСОЛОГІЇ

Особливості застосування методів психотерапії у сексопатології. Тренінгові методи. Релаксаційний еротичний тренінг, десенсибілізація, секс-терапія.

Завдання для самостійної роботи

Розглянути основні психологічні та психотерапевтичні підходи до місця і ролі сексуальності в житті особистості. Проаналізувати особливості психологічної корекції та психотерапії сексуальних розладів у цих підходах.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА

Модуль 1. БАЗОВІ ПОНЯТТЯ СЕКСОЛОГІЇ

Тема 1. ВСТУП ДО СЕКСОЛОГІЇ

А. С. Кочарян

Полоролевое пространство личности

Социальный конструктивизм внес существенный вклад, и, соответственно, модифицировал понимание пола, который стал гендером, приобретя сугубо социальное денотирование. Концепция половой дихотомии, основанная на различии функций мужчины и женщины в репродукции, стала сменяться и дополняться концепцией множественности пола, а, точнее, гендера. Особенности репродуктивной функции, как понятно, перестали играть сколь-нибудь существенную роль в определении гендера. Женщина может сознательно отказываться от зачатия, вынашивания и рождения ребенка, снимая с себя «женское тело». Тем самым она опровергает фатальную телесную ограниченность, выраженную известным тезисом Фрейда о том, что «анатомия – это судьба». Физическое тело заменяется социальным – ролями, функциями, должностями, квартирами, машинами и т. п. И в этом смысле личность превращается в систему ролей, квартир, машин, должностей, теряя собственное физическое тело. Теряется и специфическая для данного тела эмоциональность, близость. Появляются новые психологические проблемы, специфичные для нашего времени – страх психологической интимности [1], симптомокомплекс эмоционального холода [2], контрзависимость [3] в межличностных отношениях. Отказ от тела, или, словами А. Лоуэна [4], «предательство» тела – признак шизоидной культуры.

Концепция множественности полов позволяет утверждать, что существует не два (мужчина и женщина), а много полов. Причем, определения этих полов могут быть самыми разными, что зависит от контекста анализа. Это и гендерная тетрада С. Бэм – маскулинный, фемининный, андрогинный и

недифференцированный пол, где контекст выделения такого «пола» – полоролевое функционирование в культуре. Возможно произвести социальное конструирование «пола» и на основании особенностей осуществления сексуальной практики, особенно тогда, когда она стала столь разнообразной, новой, открытой, без табу, одним словом, такой, которую можно обозначить как неосексуальную. В этом смысле можно говорить о гетеро-, гомо-, транс-, бисексуалах, и т. п. В данном случае мы сталкиваемся не только с особой сексуальностью, но и с особой субъективностью, специфической идентичностью. «Сбрасывание» тела, освобождение от накладываемой им определенности делает человека «свободным», экспериментирующим. Концепция множественности полов, на самом деле, является концепцией множественности гендеров, что приводит к половому релятивизму («сколько людей, столько и полов»), к социальной толерантности («все правильно и все хорошо»), размыванию границ между нормой и патологией (все, что раньше было перверзией, сейчас стало девиацией, перверситетом, или вообще нормой). Это, в конце концов, привело не к углублению понимания пола, а к его утере в психологической науке, растворению его в гендере.

Некоторые авторы (из беседы с одним серьезным специалистом по гендерной психологии) прямо отмечают, что женщина может быть женщиной только в трех ситуациях – интимной близости, вынашивании плода и грудном вскармливании; в остальных же ситуациях – она личность. Представляется, что женщина является таковой не только в этих указанных ситуациях – она по-женски носит и руку, и бедро, и голову. Она всегда женщина. Стало быть, полоролевые образования не являются ситуационными и парциальными, напротив, они – кросс-ситуативны и тотальны. Думаю, что они являются стержневыми в структуре личности, и конституируют всю систему личности, являясь одним из определений психологического и психосоматического здоровья, супружеской адаптации, социальной и профессиональной самореализации. В частности, в наших исследованиях [5] выявлено, что наличие девиаций в структуре полоролевой сферы является фактором,

предиспонирующим к развитию гастродуоденальной и гинекологической патологии.

Очевидно, что полоролевые особенности личности не являются индивидуальным сколком культуры. А это означает, что личность не просто принимает и отражает гендерные нормы, ценности, установки культуры, что было бы простым социологическим редуционизмом, а проходит специфический процесс психосексуального, в том числе и полоролевого развития. Важными вехами такого развития являются: и наличие идентификации с родителем своего пола в парапубертатный период, и гомосоциофилия у мальчиков в период позднего препубертата, и наличие в этот же период половой сегрегации, и феномен двора, в котором мальчик должен занять свою нишу и т. п. Все эти элементы полоролевого развития составляют маскулинный или фемининный фильтры, посредством которых формируется и соответствующее поведение, и соответствующие личностные структуры. В этом смысле социологический дискурс недостаточен для психологического анализа полоролевого функционирования личности. К примеру, в середине 70-х годов XX века в США стали встречаться совершенно новые индивиды, не отвечающие традиционным представлениям о мужественности/женственности. Они, с одной стороны, были настоящими мужчинами – целеустремленными, напористыми, направленными на дело, а с другой, – были мягкими, добрыми, принимающими, поддерживающими [6]. Такие индивиды стали именоваться андрогинными, т. е. такими, которые несут черты мужчины (греч. Άνδρας, лат. andros), и женщины (греч. – Γυνή, лат. – gynes). В результате индивиды разделились на четыре устойчивых полоролевых типа – на маскулинных, фемининных, андрогинных и недифференцированных. Вместе с тем выяснилось, что андрогинная полоролевая модель, т. е. такая, где маскулинные и фемининные образования личности не коррелируют, формируется в норме к 15–16 годам. До этого возраста андрогинность не отмечается. До 15–16 лет нормативной для мальчиков является континуально-альтернативная модель, когда маскулинные и фемининные образования личности находятся во взаимоотношающих отношениях – формирование маскулинности у подростков

мужского пола с необходимостью связано с ослаблением феминности. Этот процесс ослабления феминности феноменологически проявляется в феномене подросткового мужского шовинизма, что связано с необходимостью отрыва от Женского, от «Всесильной матери». Лишь позднее – после сорока – мужчина начинает возвращаться в «лоно матери», пытается в женщине увидеть «мать». Если этап подросткового мужского шовинизма не пройден в нормативном возрасте, то он должен быть пройден позже, что является отклонением от нормы. У девочек до 15–16 летнего возраста нормативной является континуально-адьюнктивная модель, в которой маскулинные и феминные образования не только не исключают друг друга, а, напротив, взаимопотенцируют друг друга. А это означает, что мягкость и доброта способствуют активности и целеустремленности. Возможны неадекватные, инвертные полоролевые модели: до 15–16 летнего возраста у подростков мужского пола это – континуально-адьюнктивная, а у подростков женского – континуально-альтернативная модель. В этих случаях наблюдается ретардация полоролевого развития – у девочек табуирование маскулинности, у мальчиков – инфляция женского. Инфантильные полоролевые модели могут сохраняться и после 15–16 летнего возраста. Таким образом, андрогинная модель не калька новых культурных форм отношений, а сложное психологическое образование, которое должно быть сформировано посредством психологических механизмов.

В литературе представлены очевидные доказательства преимуществ андрогинных индивидов. Вместе с тем, к самой андрогинии можно подойти по-разному. Существует, как минимум, два обстоятельства:

1) диагностика андрогинности производится по уровневым показателям маскулинности и феминности, т. е. если индивид набирает высокие показатели по этим шкалам, то он андрогинный. Но главная идея андрогинии не уровневая, а – структурная. Это означает, что об истинной андрогинии можно говорить тогда, когда сама модель соотношения маскулинности и феминности является ортогональной, когда эти показатели не коррелируют. Высокие же показатели и маскулинности, и феминности могут быть

обеспечены другой полоролевой моделью – континуально-адьюнктивной. Метафорически андрогинная полоролевая модель – это супружеская пара, в которой супруги не держат друг друга, у каждого своя сфера активности, нет главного партнера, когда наблюдается равноправное партнерство. Континуально-адьюнктивная модель – может быть метафорически представлена симбиотической парой, когда супруги все время вместе, забывают свои задачи, и не имеют своей особенной жизни. Возможности и перспективы этих семей разные. Нами разработан метод диагностики не уровневых показателей маскулинности и фемининности, а именно полоролевой модели, который представляет собой модифицированную полоролевою ACL-шкалу А. В. Neilbrun [7];

2) маскулинность и фемининность являются гетерогенными, «слоистыми» образованиями, что может быть представлено метафорой «слоеного пирога» [7], когда каждый слой может быть и относительно независимым, и, вместе с тем, каким-то образом связанным с другим. На операциональном уровне многомерность фиксируется в рабочем понятии «симптомокомплекс», под которым понимается некоторое структурное образование, элементы которого находятся в разнообразных связях – потенцирования, ретардации, реципрокности, ортогональности и т. п. Симптомокомплекс может оцениваться по степени его артикулированности (баланса дифференцированности и интегрированности), по характеру профиля (уровню выраженности его отдельных составляющих) и по типологическим особенностям (характеру связей отдельных элементов симптомокомплекса). Достоинство симптоматического представления состоит в том, что оно не настолько упрощает реальность, как плоскостно-линейный подход, имеет большую емкость для возможных вариантов эмпирических исследований, не требует безотлагательной концептуализации полученных данных, «живя» в эмпирической плоскости, являясь центром кристаллизации получаемых данных; сам конструкт симптомокомплекс «маскулинности/фемининности» (как рабочее понятие) может существовать самостоятельно в доконцептуальной форме.

Данные многих методик, диагностирующих образования маскулинности (М) и фемининности (Ф) не согласованы. Это может рассматриваться и как невалидность методик, и как чувствительность разных полоролевых методик к разным аспектам организации симптомокомплекса «маскулинность/фемининность». Именно второй вариант постановки проблемы позволяет говорить о топологии образований маскулинности/фемининности. На основании результатов корреляционного и факторного анализа методик ACL Хейлбрана, 5-й шкалы ММРІ, ПДО, шкалы Ваусом и шкалы Dur-Moll Szondi нами была построена психодиагностическая карта образований М/Ф: выделено три уровня структурной организации симптомокомплекса «маскулинность/фемининность»: «социогенный», поведенческий и «биоогенный» уровень. Стратометрическая концепция диагностики образований М/Ф предполагает, что для оценки разных уровней организации симптомокомплекса М/Ф следует использовать разные полоролевые методики. Более того, такая концепция позволяет перевести проблему низкой конкурентной валидности полоролевых шкал, а отсюда и их сомнительной пригодности, в качественно иную плоскость, а именно в проблему чувствительности различных полоролевых методик к разным уровням симптомокомплекса М/Ф.

С нашей точки зрения [5], анализ полоролевых шкал следует осуществлять по следующим позициям: 1) объект оценивания, 2) уровень оценивания (включенность биоогенного и/или социогенного уровня), 3) механизм оценивания, 4) лежащая в основе методики концепция (часто имплицитная) М/Ф.

ACL-шкала является изолированной от других, она ориентирована на диагностику социогенного уровня полоролевых структур – полоролевою Я-концепцию личности. Шкала Dur-Moll методики L. Szondi оценивает биоогенные аспекты М/Ф и не обнаруживает связи с другими методиками. Вместе с тем шкала D. Ваусом, шкала М/Ф ПДО и 5-я шкала ММРІ являются более близкими по психологической природе, т. к. направлены на диагностику биосоциального (поведенческого) уровня М/Ф, то есть оцениванию подлежат

некоторые вегетативные проявления (напр., потливость), поведенческие и эмоциональные реакции (шкала D. Вaucom, шкала М/Ф ПДО), степень идентификации с традиционной культурой и социальной ролью мужчины и женщины (5-я шкала ММРІ).

Таким образом, выявлено три топологических уровня маскулинности/фемининности и, соответственно, построена психодиагностическая карта указанного симптомокомплекса. Интерес представляет то, что андрогинная и континуально-адьюнктивная модели функционируют только на социогенном уровне симптомокомплекса. Другие же уровни симптомокомплекса маскулинность/фемининность организованы в рамках континуально-альтернативной модели, которая является более универсальной и более регулируемой. О существовании принципа реципрокности, или взаиморетардирования, торможения образований маскулинности и фемининности свидетельствует, в частности, феномен мужской сверхсмертности. По словам министра здравоохранения и социальной политики России Татьяны Голиковой [9], «ситуация в стране характеризуется ярко выраженным феноменом мужской сверхсмертности. Продолжительность жизни мужчин на 13 лет меньше, чем женщин». В Украине смертность мужчин в возрасте 25–50 лет в пять раз превышает аналогичный показатель среди женщин (статья Оксаны Абовской в Зеркале недели, № 42 (770) 31 октября – 6 ноября 2009). Представление о мужчинах как о «сильном поле» находится в противоречии с низкой продолжительностью мужской жизни [10]. И. С. Кон [11] отмечает, что «различия в структуре мужской и женской заболеваемости, смертности и продолжительности жизни коренятся в фундаментальных биологических закономерностях... Отмеченное во многих индустриально развитых странах, начиная с 1930-х годов, ухудшение качества спермы, сопровождаемое снижением мужской фертильности ... и ростом таких заболеваний, как рак яичек, риск которого у мужчин от 15 до 45 лет за последние 20 лет удвоился, ученые связывают с неблагоприятной экологией». Кроме того, в природе наблюдается спонтанная трансформация мужских организмов в женские и др. Андрогинное равноправие маскулинных и

фемининных образований – это свойство, проявляющееся на высоких этажах иерархии симптомокомплекса маскулинности/фемининности – только на социогенном уровне функционирования индивидов.

Существует межуровневая компенсация. Например, мужчина с х-образными ногами, с отложениями жира по-женскому типу (и в этом смысле он является выражено фемининным на биогенном уровне) может обнаруживать гипермаскулинные черты на поведенческом уровне, а на уровне полоролевой идентичности, смотря на себя в зеркало и сравнивая себя с другими мужчинами, – переживать свою слабость, или неуверенность, или немужественность. Иными словами, измерение параметров маскулинности и фемининности на каком-либо одном уровне может быть ценным для решения ряда задач, но совершенно не достаточным для комплексной оценки полоролевого статуса индивида. После выделения в 1930 году мужского полового гормона тестостерона исследователи изучают его связь с половым поведением. Стало очевидно, что гормоны действуют на поведение опосредованно через мозговые структуры, определяя половую дифференцировку мозга и психологический пол сильнее, чем воспитание (это исследование Дернера). Исследователи выделили два аспекта воздействия тестостерона на мозг: генетический, или организующий (это становление половой дифференцировки мозга), и сопутствующий, или активизирующий (воздействие на мозг взрослого организма). Генетический аспект проявляется в том, что если в период половой дифференциации мозга фетальный андроген отсутствует, то, независимо от генетического пола, мозг будет функционировать как женский в отношении типа секреции гонадотропинов, половой ориентации и полового поведения. Сопутствующий аспект состоит в том, что тестостерон оказывает двоякое воздействие на половое взрослое организма: маскулинизирующее и дефеминизирующее. Вообще данные о связи половых гормонов и маскулинности крайне противоречивы. Так, Дабс и соавт. [13], которые сопоставили содержание тестостерона в сыворотке крови и в слюне и личностные характеристики на большой выборке: 401 студент и 5236 ветеранов-военнослужащих. На выборке студентов связь этих двух переменных

не выявлена. У ветеранов же повышенное содержание тестостерона связано с употреблением алкоголя и наркотиков, с асоциальным поведением и эмоциональными расстройствами. Причем, интересно, что эти связи были сильнее выражены у лиц с невысоким социоэкономическим статусом, т. е. там, где культурное опосредование ниже. Хасслер и соавт. [14], показали, что у мужчин-композиторов уровень тестостерона в слюне ниже, чем у мужчин-исполнителей, и мужчин профессионально не связанных с музыкой. Показано, что стареющие мужчины на фоне снижения тестостерона в плазме крови становятся более эмоциональными и фемининными. У женщин же, напротив, после сорока лет проявляется больше маскулинных черт: они становятся энергичнее и агрессивнее, а в межличностных отношениях у них начинает преобладать оценочная позиция. Иначе говоря, наблюдается полоролевая конвергенция в середине жизни. А. Ф. Vogaert, W. A. Fisher [15] на выборке 215 молодых мужчин (средний возраст 19,9 лет) показали, что повышенный уровень тестостерона (в слюне) связан с гипермаскулинностью, физической привлекательностью, эмоциональной раскованностью, интенсивностью сексуальной жизни, большим количеством сексуальных партнеров, любовью к новизне и склонностью к риску.

В нашем исследовании мы не выявили простых линейных связей между уровнем маскулинности и разными показателями, свидетельствующими о наличии гормональной регуляции полоролевых проявлений. Вместе с тем, выявлена четкая связь между биогенным уровнем маскулинности, измеряемым психосексуальной пропорцией *dur-moll L. Szondi* [16], и двумя соматическими показателями – 1) супинацией предплечий по мужскому типу («V»), а не по женскому («Y») и 2) с отсутствием евнухоидных признаков, связанных с преобладанием длины ног в структуре роста) или, иначе говоря, с трохантерным индексом, который представляет собой отношение роста к высоте ноги. Но ведь трохантерный индекс является одним из показателей половой конституции. Стало быть, могут возникнуть сколь угодно серьезные компенсации недостатка маскулинности на более высоких уровнях – возникают черты мужественности, но это не отменяет влияние более иерархически низких

уровней организации маскулинности. Как бы мужчина не компенсировал свою биогенную фемининность или дефицит маскулинности, он, сталкиваясь, напр., с проявлениями своей низкой половой конституции, помещает свою сексуальность в социальное поле оценок, и может иметь низкую маскулинную самооценку. Игнорировать это можно на уровне социологического или, в лучшем случае, социально-психологического анализа. При исследовании молодых девушек 18–20 лет, которые строят свою полоролевою идентичность, выявлен «зазор» между глубинной биогенной фемининностью и социальными стандартами проявления женственности на поведенческом уровне. Культурные нормы женского поведения являются «искусственными» по отношению к биогенному уровню фемининности, что, по-видимому, служит еще одним препятствием на пути социальной реализации женщины в маскулинной культуре. Следовательно, существует разрыв между глубинной фемининностью, ее презентации на уровне Я-концепции (я как мать) и женской поведенческой реализацией.

Джоссельсон (цит. по [17]) определила культуру женщин как культуру общности, контактов, объединения, кооперации и пребывания вместе. Это связано с особенностью отношений дочери с матерью – мать как первичный объект любви имеет тот же пол, что и дочь, поэтому идентификация не требует такой мощной сепарации, как в случае с сыном. Для развития мальчика важна сепарация от матери. Поэтому для мужчин важны власть, самоутверждение и отделенность. Соответственно Я-концепции мужчин и женщин строятся на разных основаниях. Для женщин характерен разрыв между такой исходной социализационной ситуацией и маскулинными лекалами успешности в культуре. Поэтому разрывы в симптомокомплексе маскулинности/фемининности – скорее правило, особенно для женщин.

Концепция гендера важна, прежде всего, в социокультурном дискурсе, и ориентирует на новые аспекты анализа социального, в широком смысле, поведения – языка, политики, образования, сексуальности, литературы, практики репрезентации телесности и т. п. Думается, что для медицинской психологии и в значительной мере для общей психологии более адекватна

психология пола и полоролевая психология, позволяющая остаться в стороне от политической и ценностной заангажированности. Гендер превратился в самостоятельного субъекта. И если раньше можно было бы говорить о гендерной психологии, то сегодня – это психологическая гендерология. Гендерологий, как понятно, существует много. И не лучшая позиция превращать психологию в гендерологию.

Литература

1. Firestone R. W. Fear of Intimacy / Firestone R. W., Catlett J. – Washington, DC : American Psychological Association. – 2006. – 358 p.
2. Синдром «эмоционального холода» в межличностных отношениях: аддиктивный контекст / Кочарян А. С., Терещенко Н. Н., Асланян Т. С., Гуртовая И. В // Вісник Харківського університету імені В.Н. Каразіна. Серія психологія. – 2007. – Вип. 38, № 771. – С. 115–119
3. Уайнхолд Б. Противозависимость: бегство от близости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд ; пер. с англ. Е. Бабенко, Г Смолин. –Каменец-Подольский: Аксиома, 2009. –328 с.
4. Лоуэн А. Предательство тела / Лоуэн А. – Екатеринбург : Деловая книга, 1999. – 327 с.
5. Кочарян А. С. Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии / Кочарян А. С. – Х. : Основа, 1996. – 127 с.
6. Heilbrun A. B. Human sex role behavior / Heilbrun A. B. – New York : Pergamon, 1981. – 207 p.
7. Кочарян А. С. Метод исследования структурной организации полоролевой сферы личности / Кочарян А. С., Фролова Е. В., Дармостук Н. В. // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Сер. : Психологія – 2009. – № 857. – Вип. 42. – С. 78–84.
8. Кочарян А. С. Психометрическая оценка методики диагностики зависимости Б. Уайнхолда / Кочарян А. С., Смахтина Н. А., Фролова Е. В. // Вісник Харківського національного університету. Сер. : Психологія. – 2006. – № 718. – С. 47–51.
9. Кочарян А. С. Проблемы эффективности диагностики сложных психологических образований (на примере симптомокомплекса маскулинности/фемининности) / Кочарян А. С. // Журнал практикующего психолога. 2010. № 17. – 136–147
10. <http://www.vitaminov.net/rus-news-0-0-18876.html>
11. <http://www.pseudology.org/Kon/Articles/ManRoleGenderOrnung.ht>
12. <http://www.d0ctor.ru/november5.htm>
13. Dabbs J. M. Cortisol, arousal, and personality among college students and military veterans / Dabbs J. M., Hopper Ch. H. // Pers. and indiv. Diff. – 1990. – 11, № 12. – С.1263–1269.
14. Hassler M. Maturation rate and spatial verbal, and musical abilities: A seven-year-longitudinal study / M. Hassler // Int. J. Neurosci. – 1991. – 56, № 3–4. – С. 183–198.
15. Bogaert A. F. Predictors of university men's number of sexual partners / Bogaert A. F., Fisher W. A. // The Journal of Sex Research. – 1995. – vol. 32, – P.119–130.
16. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений: Глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии : [пер. с нем.] / Сонди Л. – М. : Когито-Центр, 2005. – 557 с.
17. Холдсток Л. Можем ли мы позволить себе не подвергать ревизии понятие «Я», лежащее в основе человекоцентрированного подхода? [пер. с англ.] / Холдсток Л. // Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века/ под ред. Дэвида Брэзиера.– М. : Когито-Центр, 2005. – С. 247–270.

Тема 2. ПСИХОСЕКСУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ЛЮДИНИ

Особливості психосексуального розвитку жінок

Більшість сучасних психологічних напрямків психодинамічної орієнтації визнає ранню стадію дитинства і переживання на цій стадії симбіозу з матір'ю як відправну точку формування тілесної ідентичності в жінок. Так, наприклад, А. Лоуен відзначає, що дитина розвиває образ тіла, «спираючись» на переживання приємного контакту з тілом матері. Представники психоаналітичного напрямку, описуючи даний феномен, відзначають, що вже в дитинстві дівчинка починає ідентифікувати себе з материнським жіночим тілом, що вносить первинний вклад у розвиток у дівчинки відчуття приналежності до жіночої статі. Цей процес йде за механізмом інтроєкції: дівчинка інтроєцирує задоволене і таке, що приносить задоволення, тіло матері. Таким чином, саме відчуття взаємного тілесного задоволення дівчинки-дитини і її матері є основою для формування в дівчинки позитивного суб'єктивного образу тіла. Юнгіанський психотерапевт Д. Мак-Нілі вважає, що мати автоматично (без слів і без відвертих сексуальних доторкань) передає дівчинці прийняття чи неприйняття тіла дитини і його ерогенних зон. При цьому мати передає і відчуття жіночності, що у термінології автора, називається почуттєвою енергією Інь, яка приймає і дозволяє.

Необхідно підкреслити, що розвиток тілесної ідентичності передуює розвитку самосвідомості, який є основою для його виникнення, і, отже, формування позитивного суб'єктивного образу тіла детермінує формування позитивної Я-концепції. Крім того, як відзначають багато авторів-представників психодинамічного підходу, первинне відчуття жіночності («primary sense of femaleness») і статеворольова ідентичність у цілому формується на основі тілесної ідентичності («body ego») і образу тіла. Отже, вже на ранній стадії онтогенетичного розвитку дівчинки у формуванні

суб'єктивного образу тіла центральним фактором виступають взаємини «мати – дочка».

Цікавість дівчинки до своїх внутрішніх і зовнішніх геніталій на стадії між 15 і 24 місяцями, призводить до того, що дівчинка починає демонструвати примітивне знання анатомічних розходжень. На думку В. Є. Кагана, при неадекватній реакції батьків (заборона, покарання та ін.) на таку поведінку дівчинки, в неї можуть виникнути порушення *тілесної ідентичності*, через те, що залишаться «білі плями на карті тіла» і зона геніталій буде викликати страх та ігноруватися. Такі порушення надалі, імовірно, можуть привести до перекручувань статевої ідентичності.

Ортодоксальний психоаналіз, розглядаючи цю стадію, підкреслює значення глибокої психологічної травми, яку отримує дівчинка при виявленні анатомічних розходжень у будові чоловічого і жіночого тіла. Відчуття ущербності свого тіла дівчинкою («комплекс кастрації») супроводжує жінку протягом усього її подальшого життя, визначаючи цілий ряд характерологічних особливостей (наприклад, нарцисизм, істероїдність тощо).

Однак у сучасному психоаналізі задрієть до пеніса і страх кастрації розглядаються трохи інакше, ніж у ранніх традиціях. Вважається, що при гармонійних відносинах у батьківській родині, а також материнській задоволеності своєю власною жіночністю дівчинка при виявленні анатомічних розходжень може виявити подив, але разом із тим відчути почуття гордості від приналежності до жіночої статі, що підсилює позитивний образ власного тіла. Емоційна доступність батька також допомагає перебороти дівчинці почуття неповноцінності, що може виникнути як реакція на статеві розходження. Дж. Л. Халлідей вважає, що з початку 20 століття, коли був описаний комплекс кастрації, емоційна структура родини значно змінилася, що особливо стосується батьківської фігури. Замість т. зв. «фалічного» батька, недосяжного, всемогутнього і холодного, у сучасній родині з'явився більш фемінінний, добродушний, м'який «татко» або навіть «предок», що проводить багато часу з дітьми і не соромиться проявляти теплі батьківські почуття

Поряд зі зростаючим інтересом до пеніса в дівчинки 2–3-річного віку присутня заздрість до материнських грудей. У цей же час дівчатка звичайно висловлюють тривалу і більш розроблену зацікавленість бути як мати, виражаючи бажання прикрашати себе, імітуючи матір, певними аксесуарами, що для них символізує жіночність. Виходячи з цього, багато дослідників говорять про формування на цій стадії *статеворольової ідентичності*.

На стадії латентного періоду, на думку О. Лоуена, дівчинка свідомо ідентифікується зі своїм тілом, що приводить до формування суб'єктивного образу тіла.

У психоаналітичній традиції латентний період розглядається як стадія, на якій дівчинка консолідує і розробляє всі аспекти своєї тілесної ідентичності та суб'єктивного образу тіла, починає формуватися *гетеросексуальна орієнтація*.

Дослідження Д. Н. Ісаєва і В. Є. Кагана демонструють, що саме в препубертатному періоді, у зв'язку з формуванням на цій стадії статеворольової ідентичності, виникає специфічно жіноче сприйняття власного тіла. Так, при вільному висловленні бажань, дівчатка частіше говорять про бажання змінити зовнішність (у більшості випадків це стосується обличчя), у той час як хлопчики говорять про матеріальні блага.

Таким чином, до 7–8 років у дівчаток суб'єктивний образ тіла здобуває деяку стабільність, що зберігається аж до 11–12 років, до настання пубертату. Відзначимо, що існують протиріччя в розгляді характеру новотворів, з якими дівчатка приходять до пубертатного віку. Так, С. Bardewick, Р. Donovan вважають, що до настання підліткового віку дівчатка залишаються в необізнаними щодо своєї статевої ролі, у той час як інші автори кажуть про сформованість до цього віку або маскулінної, або фемінінної статеворольової ідентичності.

Наступним важливим етапом у становленні тілесної ідентичності і суб'єктивного образу тіла є входження дівчинки в пубертатний період. Вітчизняні автори вказують на реорганізацію в цьому віці суб'єктивного образу тіла, називаючи цей процес другою аутоідентифікацією, у якій важливий як сам факт бурхливої тілесної перебудови, так і її фемінінний характер.

По-перше, вступ у пубертатний період пов'язаний у дівчинки із початком менструацій. За даними закордонних дослідників 50 % дівчат байдуже або спокійно реагують на появу менархе, 40 % відчують негативні емоції і тільки 10 % відчують почуття радості і гордості. Поява менструацій може стати для дівчинки стресогенним фактором при відсутності в неї прийняття власної жіночої ролі і тіла, що стає усе більш жіночним. Так, О. С. Кочарян відзначає можливість психосоматичних порушень менструального циклу в пубертатних дівчаток зі статеворольовими трансформаціями. Здається, що статеворольові трансформації, що сформувалися в препубертатному періоді, є основою для перекручування тілесної ідентичності, а також образу тіла дівчинки-підлітка в пубертатний період.

Те, що у вітчизняній психології розуміється як друга аутоідентифікація, Д. Пайнз називає вимогою пубертату змінити образ тіла дівчинки на образ тіла дорослої жінки. Образ тіла тепер може включати зрілі геніталії. У той же час із приходом менструацій вагінальні відчуття стають більш свідомими і більш ясно локалізуються, таким чином завершуючи формування образу тіла. Е. Еріксон говорить про усвідомлення дівчинкою т. зв. «внутрішнього потенціалу», що допомагає їй прийняти власну жіночність і своє тіло.

По-друге, на стадії пубертату в дівчаток з'являється стурбованість розмірами своїх грудей при порівнянні з іншими жінками. За даними деяких дослідників інтерес дівчаток-підлітків до розвитку грудей набагато вищий, ніж до появи менструацій.

При сприятливому перебігу психосексуального розвитку початок менструацій і розвиток грудей підсилюють гордість від почуття жіночої ідентичності і позитивного образу тіла.

У підлітковому віці центральною проблемою, на якій тримається образ тіла в дівчинки, є відповідність власного тіла визначеному стереотипу уявлення про ідеальне жіноче тіло. У той же час образ тіла стає визначальним компонентом образу Я, навколо якого структурується самосвідомість дівчинки-підлітка. Дані G. D. Rosenblum, M. Lewis указують на те, що в період між 13–15 роками виникають статеві розходження в сприйнятті власного тіла, що

полягають у меншій задоволеності власним тілом у дівчат порівняно з юнаками.

Із закінченням пубертатного періоду формування образу тіла і сексуальності жінки не закінчується. На шляху становлення зрілої жіночої особистості основними стадіями, крім біологічного пубертату, є початок статевого життя, перша вагітність і народження дитини, що ініціюють зміну образу тіла в жінки і супроводжуються природними емоційними кризами.

Г. С. Кочарян

Патогенные влияния мастурбации и их последствия как проблема клинической сексологии

В настоящее время мнения о возможном патогенном влиянии «неинструментальной» мастурбации на организм человека противоречивы. Так, с одной стороны, можно констатировать отношение к ней ряда авторитетных специалистов из США, практически не предполагающее возможность возникновения каких-либо негативных последствий онанизма (кроме, пожалуй, чувства вины), и делающих акцент на его полезном влиянии, что отражено в эталонных сексологических учебных изданиях ...С другой же стороны, в частности, мнение ряда клинических сексологов Украины и России, которые хотя и считают, что в большинстве случаев мастурбация не приводит к неблагоприятным последствиям и может способствовать нормальному сексуальному развитию (например, мастурбация периода юношеской гиперсексуальности), а также выполнять компенсаторную функцию (заместительная мастурбация), однако полагают, что все же в небольшом проценте случаев (редко) она способна приводить к таким последствиям

I. КОГНИТИВНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ

А. Одним из наиболее частых патогенных факторов, оказывающих такое влияние, до недавнего времени было представление о вреде мастурбации. Такое представление может вести к возникновению следующих неблагоприятных последствий.

1. Мнимые сексуальные расстройства и психогенные сексуальные дисфункции. Если первые обуславливаются искаженной интерпретацией нормальных сексуальных проявлений, что связано с воздействием информации о патогенном воздействии мастурбации, то вторые являются результатом возникающей под влиянием такой информации фиксации на сексуальной сфере, что может приводить к дезавтоматизации сексуальных функций и, в частности, проявляться ослаблением эрекции. Кроме того, переживания, связанные с ожидаемыми негативными последствиями мастурбации, могут приводить к ослаблению либидо. Усугублять мнимые сексуальные расстройства и названные сексуальные дисфункции, а также усиливать выраженность последних могут возникшие на их основе пограничные психогенные психические расстройства, о которых речь пойдет ниже.

2. Психогенные пограничные психические расстройства (неврастенические, субдепрессивные/депрессивные, тревожно-фобические, ипохондрические).

2.1. Как отмечалось выше, данные расстройства могут развиваться у лиц, у которых после получения информации о возможных неблагоприятных последствиях мастурбации, вследствие фиксации на сексуальной сфере, возникают мнимые сексуальные расстройства и психогенные сексуальные дисфункции (главным образом, расстройства эрекции). Эти пограничные психические расстройства, в частности, могут выражаться астенической («неврастенической») и субдепрессивной/депрессивной симптоматикой. Если в одних случаях после получения такой информации пациент прекращает мастурбировать, то в других – нет, что связано с выраженной сексуальной потребностью... Характеризуемые психогенные психические расстройства могут возникать и у родителей тех, кто занимается мастурбацией...

2.2. Тревожно-фобические расстройства.

2.2.1. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (страх сексуальной неудачи [fear of sexual failure]). В ряде случаев данный синдром может формироваться еще в период, предшествующий первому сексуальному

контакту (так называемый доманифестный вариант формирования названного синдрома, появление которого предшествует сексуальным расстройствам, часто возникающим в связи с его наличием при первом половом контакте). Это может быть следствием боязни неблагоприятных последствий мастурбации.

2.2.2. Сообщается, что представление об аморальности мастурбации может приводить к развитию фобических расстройств невротического регистра, символически выражающих отношение к мастурбации, которой занимались ранее, как к чему-то нечистоплотному.

2.3. Ипохондрические расстройства. К. Имелинский сообщает, что такие расстройства могут возникать на почве неправильных представлений об онанизме. Это происходит следующим образом. Запуганные «жуткими» последствиями онанизма подростки начинают наблюдать за собой, проверяя, не появились ли уже первые признаки предсказанных болезней. Легкие головные или мышечные боли, изменения цвета или количества стула, мочи представляются им первыми «сигналами» начинающегося «усыхания мозга» или какого-нибудь другого «страшного» заболевания... Поэтому совершенно здоровые люди выключаются из нормального образа жизни, чрезвычайно интенсивно переживая выдуманные заболевания.

3. Комплекс неполноценности. Человек считает, что в результате мастурбации он стал в какой-то мере ущербным, так как нанес некий вред своему организму, в том числе и половой системе. При этом каких-либо сексуальных нарушений при половых контактах может и не быть. Об этом «вреде» он, в частности, может вспомнить, например, тогда, когда спустя какой-то период нормальной половой жизни у него возникнут сексуальные проблемы... Следует отметить, что в литературе для обозначения боязни последствий онанизма используется термин «онанофобия». Однако он довольно редко соответствует представлению о фобии, опирающемуся на ее критерии, принятые в психиатрии. Это своего рода укоренившийся штамп, который объединяет совокупность представлений людей о возможном вреде мастурбации.

Б. Патогенное влияние может оказывать представление о мастурбации, как о чем-то «грязном», морально недопустимом, греховном, что приводит к появлению чувства вины...

...Чувство вины и стыда, которое связано с мастурбацией, может быть следствием представления о ее греховности, обусловленного религиозными убеждениями. В результате рассмотрения приведенных выше данных может возникнуть вполне закономерное желание (соблазн) сделать вывод, что сама мастурбация не играет никакой роли в возникновении представленных негативных явлений...

Завершая раздел о возможных когнитивно обусловленных негативных последствиях мастурбации (имеются ввиду представления о ее вреде), хотелось бы специально подчеркнуть, что в результате распространения среди населения представлений о ее непатогенности частота таких последствий резко уменьшилась и достигла низкой отметки.

II. ПОВЕДЕНЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ (БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ) ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ (НЕПРАВИЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ

Согласно поведенческому подходу, те или иные патологические проявления являются результатом неправильного научения. Такое научение может происходить, в частности, при сочетании мастурбации с определенными ситуационными факторами, воздействию при онанизме ряда вызывающих сексуальное возбуждение и способствующих его нарастанию стимулов (тактильных, визуальных, обонятельных, температурных, психических, в том числе интрапсихических [фантазии]), которые отсутствуют при половом акте, а также при умышленном недопущении возникновения при мастурбации эякуляции. Результатом такого научения могут стать различные сексуальные расстройства (см. ниже).

Приведем характеристику условий возникновения патологических

сексуальных стереотипов, связанных с мастурбацией.

А. Влияние ситуативных стимулов. В западной литературе в качестве одной из причин преждевременной эякуляции называют тот факт, что некоторые представители мужского пола, из-за боязни разоблачения, занимаются мастурбацией в спешке. Это может обуславливать формирование патологических программ сексуального реагирования, и при проведении полового акта мужчина завершает его быстро, несмотря на то, что торопиться теперь вовсе незачем...

Б. Воздействие физической стимуляции, отличающейся (подчас значительно) от той, которая может быть воссоздана при проведении полового акта, и обусловленных воздействием внешних психических факторов впечатлений, сопровождающих мастурбацию...

III. ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ МАСТУРБАЦИЕЙ, ЗНАЧИТЕЛЬНО ПРЕВОСХОДЯЩЕЙ ПО СВОЕЙ ЧАСТОТЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ОПТИМУМ

В литературе можно встретиться с замечаниями о том, что чрезмерной мастурбации в принципе быть не может. Так, Г. Ф. Келли сообщает об отсутствии медицинских критериев избыточной мастурбации. Судя по всему, отмечает автор, мастурбация не наносит физического вреда вне зависимости от того, насколько часто она практикуется, что связано с наличием в большинстве случаев естественных ограничений. Сексуально насытившись, индивид просто теряет интерес к тому, чтобы приводить себя в состояние сексуального возбуждения. Такие высказывания не единичны. Подчеркивается субъективный характер представлений о чрезмерности мастурбации. Так, W. H. Masters и V. T. Johnson сообщили, что большинство опрошенных ими мужчин неизменно считали избыточной мастурбацией такую, которая по частоте превосходит их собственную. Те, кто мастурбировали раз в месяц, утверждали, что слишком часто – это раз или два раза в неделю, тогда как тот, кто мастурбировал дважды или трижды ежедневно, чрезмерной считал

мастурбацию пять раз в день.

Менее категорично в отношении возможности чрезмерной мастурбации и ее неблагоприятных последствий высказываются R. Crooks и K. Baur. Авторы отмечают, что даже в тех источниках, где мастурбация рассматривается как «нормальное явление», мастурбирование «сверх меры» часто называют отклонением. При этом, как правило, критерии чрезмерности отсутствуют. Тем не менее когда человек занимается онанизмом так часто, что это создает значительные проблемы в других сферах его жизни, то это может служить поводом для беспокойства. Однако в этих случаях имеет место какая-то внутренняя проблема, а мастурбация как таковая является лишь ее проявлением (симптомом)...

IV. ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФИЗИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

В ряде случаев мастурбация приводит к физическим повреждениям... В случаях так называемой «инструментальной» мастурбации, когда с целью сексуального самоудовлетворения используются различные вспомогательные средства, могут иметь место различные неблагоприятные последствия и повреждения, требующие хирургического вмешательства...

V. ПАТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МАСТУРБАЦИИ НА СЕКСУАЛЬНУЮ И ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ КОММУНИКАЦИЮ СУПРУГОВ/СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ

Необходимо указать, что приведенные выше различные негативные последствия мастурбации могут обусловить трудности адаптации в супружестве/партнерстве, так как способны оказывать негативное воздействие на сексуальную и психологическую коммуникацию супругов/сексуальных партнеров. Следует подчеркнуть, что в целом негативные последствия неинструментальной мастурбации выявляются редко, но, по всей видимости, имеют место чаще, чем попадают в поле зрения врачей.

Специалисти в області сексуальної патології при діагностическій оцінці виявлених ими расстройств повинні учитивати можливість їх розвитку, обумовлену онанизмом, що потребує спеціального аналізу.

В заключення хотелось би відзначити, що в даній статті ми спробували розкрити проблему патогенності мастурбації і представили класифікацію її негативних впливів на організм людини і їх наслідків. По нашому мненню, а також мненню ряду інших клінічних сексологів, неінструментальна мастурбація не може бути виключена з переліку явлень, обумовлюючих виникнення порушень здоров'я людини. Спроби повністю реабілітувати її в цьому сенсі, які здійснюються рядом авторів, входять в протиріччя з реальною дійсністю.

Модуль 2. СЕКСУАЛЬНІСТЬ ТА ЇЇ РОЗЛАДИ

Тема 1. СТАТОВА КОНСТИТУЦІЯ ЧОЛОВІКА ТА ЖІНКИ

Шкала векторного визначення статевої конституції чоловіка (Г. С. Васильченко)

Вектори	Конституція		
	слабка		
	1 0–1,5	2 1,6–2,5	3 2,6–3,5
I. Пробудження лібідо (роки)	17 і пізніше	16	15
II. Перша еякуляція (роки)	19 і пізніше	17–18	16
III. Трохантерний індекс (ТІ) – співвідношення зросту до довжини ноги	≤ 1,85	1,86–1,89	1,90–1,91
IV. Оволосіння лобка	Рідке пушкове волосся	Горизонталь за жіночим типом	Тенденція до горизонталі
V. Максимальний ексцес,	0	2	3

число еякуляцій			
VI. Час входження до смуги УФР Після одруження (роки)	–	«Медовий місяць»	1
VII. Час входження до смуги УФР (абсолютний вік)	–	До 22	23–26
Вектори	Конституція		
	середня		
	4 3,6–4,5	5 4,6–5,5	6 5,6–6,5
I. Пробудження лібідо (роки)	14	13	12
II. Перша еякуляція (роки)	15	14	13
III. Трохантерний індекс (ТІ)	1,92	1,95–1,96	1,97–1,98
IV. Оволосіння лобка	За чоловічим типом		
V. Максимальний ексцес, число еякуляцій	4	5	6
VI. Час входження до смуги УФР Після одруження (роки)	2–3	4–5	6–10
VII. Час входження до смуги УФР (абсолютний вік)	27–31	32–36	37–40
Вектори	Конституція		
	сильна		
	7 6,6–7,5	8 7,6–8,5	9 8,6–9,0
I. Пробудження лібідо (роки)	11	10	9 і раніше
II. Перша еякуляція (роки)	12	11	10 і раніше
III. Трохантерний індекс (ТІ)	1,99	2,0	
IV. Оволосіння лобка	За чоловічим типом із гіпертрихозом		
V. Максимальний ексцес, число еякуляцій	7	8	9 і більше
VI. Час входження до смуги УФР після одруження (роки)	11–19	20–29	30 і більше
VII. Час входження до смуги УФР (абсолютний вік)	41–45	46–50	51

			і більше
--	--	--	----------

ОРІЄНТОВНІ ПИТАННЯ ДО СЕМЕСТРОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Поняття статі, співвідношення цивільної, біологічної, генетичної та психологічної статі.
2. Поняття про психосексуальний розвиток.
3. Парапубертатний етап психосексуального розвитку.
4. Поняття умовно-сексуальних проявів.
5. Динаміка розвитку аутоеротичного лібідо (за локалізацією).
6. Транссексуалізм: види, витоки, прогноз поведінки.
7. Препубертатний етап психосексуального розвитку.
8. Поняття маскулінності та фемінінності.
9. Статеворольові моделі особистості.
10. Чинники, що сприяють маскулінізації жінок.
11. Чинники, що сприяють фемінізації чоловіків.
12. Диференціально-діагностичні критерії статевої девіації.
13. Пубертатний етап психосексуального розвитку.
14. Структура лібідо.
15. Типи сексуальної мотивації у чоловіків за Г. С. Васильченко.
16. Види мастурбації і їх характеристика.
17. Ознаки патологічної мастурбації.
18. Поняття статевої конституції.
19. Шкала чоловічої статевої конституції.
20. Шкала жіночої статевої конституції.
21. Види сексуальних фантазій і їх функції.
22. Вагінізм і його види.
23. Геніталгія і її види.
24. Фригідність і її види.
25. Віргогамія.
26. Етапи копулятивного циклу.
27. Тимчасова норма копулятивного циклу.
28. Загальна характеристика перверзій.
29. Види перверзій.
30. Теорії формування гомосексуалізму
31. Метод «забороненого плоду».
32. Метод мастурбації.
33. Метод Кегля для формування «оргаїстичної манжети» у жінок.
34. Метод гіпнозу: гіпносугестивна терапія, гіпнотичне моделювання, гіпнокатарсис.
35. Аутогенне тренування.
36. Тест Лірі.
37. Проекційний тест З. Старовича.
38. Тест Л. Зонді.
39. Метод структурного аналізу сексуальних розладів.
40. Структурна решітка як метод аналізу виявлення різних форм синдроматиксису та емергентності.
41. Релаксаційний еротичний тренінг.

42. Десенсибілізація.

43. Секс-терапія.

44. Діагностика особливостей подружжя та стосунків у парі.

ЛІТЕРАТУРНІ ТА ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ ДО КУРСУ

Базові:

1. Исаев Д. Н. Психогигиена пола у детей / Исаев Д. Н., Каган В. Е. – Л. : Медицина, 1986.
2. Кон И. С. Введение в сексологию / Кон И. С. – М. : Медицина, 1989.
3. Кочарян Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Кочарян Г. С., Кочарян А. С. – М. : Медицина, 1994.
4. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Кратохвил С. – М. : Медицина, 1991.
5. Общая сексопатология. Руководство для врачей. / под ред. Г. С. Васильченко. – в 2-х т. – М. : Медицина, 1983 .
6. Частная сексопатология: рук. для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1977.
7. Кочарян А. С. Личность и половая роль / Кочарян А. С. – Х. : Основа, 1996.
8. Каприо Ф. С. Многообразие сексуального поведения / Каприо Ф. С. – М. : Артания, 1995.
9. Мастерс У. Мастерс и Джонсон о любви и сексе / Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. – в 2-х т.. – СПб. : СП «Ретур», 1991.
10. Кришталь В. В. Сексология в 4 частях / Кришталь В. В., Григорян С. Р. – Х. : Академия сексологических исследований, 1999.
11. Современная сексология: энциклопедия / под. общ. ред. В. А. Доморацкого. – Мн. : Беларус. Энциклапедыя імя П. Броўкі, 2008.
12. Кочарян Г. С. Современная сексология / Кочарян Г. С. – К.: Ника-Центр, 2007.
13. Полный справочник сексопатолога – М. : изд-во Эксмо, 2006.
14. Психология сексуальных отклонений : хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. – Мн. : Харвест, 2004.

Допоміжна:

1. Здравомыслов В. И. Функциональная женская сексопатология / Здравомыслов В. И., Анисимов З. Е., Либих С. С. – Алма-Ата: Казахстан, 1985.
2. Старович З. Судебная сексология / Старович З. – М. : Юрид. лит-ра., 1991.
3. Свядош А. М. Женская сексопатология / Свядош А. М. – Кишинев : Штиинца, 1991.
4. Кемпер И. Практика сексуальной терапии / Кемпер И. – в 2-х т. – М. : Прогресс, 1994.

Інформаційні ресурси

1. <http://sexology.narod.ru/>

2. <http://www.neuro.net.ru/sexology/>
3. <http://medicall.ru/articles/sexology>
4. <http://www.sexcentr.ru/stat.shtml>
5. www.psychiatry.org.ua/.../sexology.htm
6. www.health-ua.com/parts/sexology
7. medic-help.org.ua/glavnaya/sexologiya.html

Навчальне видання
Кочарян Олександр Суренович
Терещенко Надія Миколаївна

ОСНОВИ СЕКСОЛОГІЇ

Навчально-методичний комплекс
для студентів зі спеціальності «Психологія»
(Укр., рос. мовами)

Коректор *М. С. Віндюк*
Комп'ютерне верстання
Макет обкладинки *І. М. Дончик*

60x80/16. Умов. друк. арк. 1,66. Наклад 100 прим. Зам. № 60 /12.

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

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