

Г. С. КОЧАРЯН

**СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА
И АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ,
ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПРОВЕДЕНИЮ
ПОЛОВОГО АКТА**

Харьков

2021

УДК 616.89-008.442:[618.17+616.69]

К 75

Рецензенты:

Горпинченко И. И. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», генеральный директор Украинского института сексологии и андрологии;

Шестопалова Л. Ф. – доктор психологических наук, профессор, заведующая отделом медицинской психологии ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины».

Кочарян Г. С.

К 75 Сексуальные расстройства и анатомические проблемы, препятствующие проведению полового акта. – Харьков : ООО «ДИСА ПЛЮС», 2021. – 250 с.

ISBN 978-617-7927-62-3

В книге глубоко и всесторонне представлена проблема сексуальных расстройств и патологических анатомических особенностей, препятствующих проведению полового акта. Речь идет о сексуальной аверсии, вагинизме, диспареунии (гениталгиях, имеющих отношение к коитальной активности), а также анатомических препятствиях к осуществлению полового акта (плотная девственная плева, отсутствие или сужение влагалища и др.). Рассмотрены формирование, клинические проявления и варианты этих патологий, а также представлены методы их терапии (психотерапия, биологическое лечение). Помимо этого, приведены данные о девственном браке (виргогамии), который, в частности, может быть результатом охарактеризованных расстройств; причинах его возникновения и его клинических вариантах. Это первая и на сегодняшний день единственная книга на постсоветском пространстве, специально посвященная данной проблеме.

Для клинических сексологов, психотерапевтов, психиатров, гинекологов, клинических психологов; преподавателей и студентов высших учебных заведений и курсов, где проводится подготовка названных специалистов; образованных людей, интересующихся вопросами современной сексологии.

УДК 616.89-008.442:[618.17+616.69]

ISBN 978-617-7927-62-3

© Кочарян Г. С. (G. S. Kocharyan, M.D., Ph.D., D.Sc.), 2021

SEXUAL DISORDERS AND ANATOMICAL PROBLEMS WHICH PREVENT EXECUTION OF COITUS

The book written by M.D., Ph.D., D.Sc., Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education, Academician of the Russian Academy of Natural History Garnik S. KOCHARYAN contains an in-depth and comprehensive coverage of the problem of sexual disorders and anatomical pathological features that prevent sexual intercourse. The author discusses sexual aversion, vaginismus, dyspareunia (genitalgias relating to coital activity), as well as anatomical obstacles for execution of coitus (a dense/thick hymen, absence of the vagina or its stenosis, etc.). The formation, clinical manifestations and variants of these pathologies are examined as well as methods for their therapy (psychotherapy, biological treatment) are described. Besides, the book contains data on virgin marriage (virgogamy) that can particularly result from the above disorders, the causes of its appearance and its clinical variants. This is the first and by now the only book in the post-Soviet states that especially deals with the problem in question.

For clinical sexologists, psychotherapists, psychiatrists, gynecologists, clinical psychologists; professors and students of higher educational institutions and courses where the training of these specialists is carried out; educated people interested in issues of modern sexology.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Целью написания данной книги явилось многогранное и всестороннее освещение проблемы сексуальных расстройств и анатомических патологических особенностей, препятствующих проведению полового акта. В число этих расстройств входят: сексуальная аверсия (отвращение к интимным отношениям), которая гораздо чаще имеет место у женщин; такое сугубо женское расстройство, как вагинизм (сжатие влагалища, обусловленное сокращением мышц); диспареуния (боль в половых органах, имеющая отношение к половой активности), значительно чаще встречающаяся у женщин по сравнению с мужчинами, у которых она диагностируется довольно редко.

Также к категории расстройств, препятствующих проведению полового акта, относятся некоторые анатомические патологические особенности. В этих случаях речь идет о плотной девственной плеве, агенезии или аплазии влагалища – врожденном дефекте, при котором влагалище не развивается или перестает развиваться, результатом чего является полное или частичное его отсутствие. К данным расстройствам также следует отнести атрезию и стриктуру влагалища. Это врожденные или приобретенные патологии, при которых происходит полное его заращение (атрезия) или сужение (стриктура) в верхней, средней или нижней трети.

В работе отражено место вышеперечисленных расстройств в современных классификациях, их формирование, феноменология и клинические варианты.

Помимо этого, в книге обсуждается девственный брак (virгогамия), который может быть следствием расстройств, о которых речь шла выше, а также нарушений потенции у мужчин и отсутствия информации о строении и расположении половых органов. Представлены факторы, которые ведут к формированию virгогамии и её клинические варианты.

В работе нашли широкое отражение методы лечения всех расстройств, о которых идет речь (психотерапия и

биологическое лечение). Она снабжена большим количеством клинических иллюстраций, что позволит читателям «войти в ткань» рассматриваемых расстройств, а также в терапевтический процесс.

Эта первая и на сегодняшний день единственная книга на постсоветском пространстве, которая полностью посвящена панорамному представлению и обсуждению проблемы расстройств, препятствующих проведению полового акта. Надеемся, что она будет полезной как профессионалам, так и образованным читателям, которые хотят приобщиться к современным знаниям в области сексологии.

Автор

ГЛАВА 1

СЕКСУАЛЬНАЯ АВЕРСИЯ

Сексуальная аверсия является проблемой, которая мало представлена в отечественной литературе. Следует отметить, что диагностируется это расстройство, по-видимому, гораздо реже, чем имеет место на самом деле, так как «заслоняется» нарушением «функциональных» и понятных характеристик полового цикла (эрекция, эякуляция, половое влечение, оргазм). Сексуальная аверсия (отвращение) в Международной классификации десятого пересмотра (МКБ-10) определяется следующим образом: «Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой активности» [7, с.189]. Данное расстройство соответствует шифру F52.10 указанной классификации.

В соответствии с Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам четвертого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition; DSM-IV) (США), к сексуальному аверсивному расстройству (sexual aversion disorder), кодируемому шифром 302.79, относят сексуальное нарушение, которое характеризуют следующие критерии [15, р. 234]:

А. Постоянное или периодическое чрезмерное отвращение по отношению ко всем или почти ко всем генитальным сексуальным контактам с половым партнером и постоянное или периодическое их избегание.

Б. Данное расстройство обуславливается заметным дистрессом или интерперсональными проблемами.

В. Эта сексуальная дисфункция лучше не объясняется иным расстройством Оси I (за исключением другой сексуальной дисфункции).

Однако диагноз «сексуальное отвращение» не был включен в 2013 г. в DSM-V (современная классификация, принятая в США) из-за редкого использования и отсутствия поддерживающих исследований [14]. Это расстройство

также не было рекомендовано для включения в МКБ-11, в которой оно будет относиться к категории «Расстройство, связанное с болью во время секса» или позиционироваться как отдельный вид фобического расстройства [30]. По нашему мнению, лишение данной патологии диагностического шифра не отменяет само её существование. В этом можно убедиться, прочитав данную главу.

Н. S. Kaplan [17] отмечает, что сексуальной аверсией следует считать такое расстройство, когда слабое желание сексуальной активности сочетается со страхом сексуальных отношений и неодолимым желанием избегать сексуальных ситуаций. Y. Ponticas [28] сообщает, что его консультирование женщин, страдающих сексуальной аверсией, обосновывает наличие подчеркнутого избегания сексуальных отношений в качестве диагностического критерия характеризуемого расстройства. Однако в отличие от мнения, высказанного Н. S. Kaplan [17], названный автор считает, что у женщин сексуальная аверсия может сочетаться с нормальным половым влечением. При наличии этого расстройства, по его мнению, также может быть сохранена способность к переживанию оргазма. Необходимым для его диагностики и лечения является выявление и понимание клиницистом избегающего/предотвращающего конфликт подхода, который существует у таких пациентов. Поэтому на всех этапах помощи и лечения у них необходимо активно выявлять особенности бихевиорального (поведенческого) и когнитивного избегания. Отмечается, что указанные особенности не всегда охотно сообщаются пациентами, что обусловлено страхом необходимости не использовать данные стратегии и связанное с ними чувство контроля над тревогой (беспокойством), которую может вызвать сексуальная близость. В связи с этим, как считает автор, терапия характеризуемой патологии не всегда проста и успешна [28].

T. L. Crenshaw [11], описывая «сексуальный аверсивный синдром» (the sexual aversion syndrome), отмечает, что он является широко распространенным, но недостаточно признанным, и встречается как у мужчин, так и у женщин. Автор

указывает, что сексуальная аверсия может быть первичной и вторичной. Первая из них характеризуется негативным или пассивным ответом на любые сексуальные интеракции с периода самых ранних воспоминаний и до настоящего времени, а вторая – непрерывным избеганием сексуальной активности, которая являлась желанной и доставлявшей удовольствие в какой-то промежуток времени в прошлом.

В одной из публикаций в канадском журнале по психиатрии [24] отмечается, что сексуальная аверсия является дисфункцией, которая характеризуется отвращением к половым контактам [21; 31], нежеланием иметь секс и избеганием коммуникации или телесного контакта, которые могут к нему вести. Утверждается, что об этой дисфункции мало написано, и что она обычно рассматривается как расстройство, трудно поддающееся лечению [11]. Вместе с тем сообщается о хорошем и неожиданно быстро наступившем результате терапии первичной сексуальной аверсии при использовании поведенческого подхода. Речь идет о 30-летней женщине – представительнице белой расы, которая была замужем в течение 5 лет. Тем не менее она так и осталась девственницей. Девственником был и её муж. Пациентка отмечала, что не боится проявлений сексуальности и сексуальных отношений. В её биографии отсутствовали факты, свидетельствующие о сексуальных домогательствах, нападении или изнасиловании, а также проблемы, связанные с сексуальной ориентацией. Она никогда не испытывала оргазм (даже во время сна) и никогда не мастурбировала. Получала наслаждение от ласк и поцелуев, но дальше дело не шло, так как не позволяла своему супругу переходить к генитальному контакту. Страдала от рецидивирующего большого депрессивного расстройства. На момент исследования депрессия держалась уже в течение 1,5 лет. В связи с этим лечилась нефазадон (серзоном), который получала в дозе 200 мг 2 раза в день, что давало лишь частичный эффект. Следует отметить, что у этой женщины в раннем детстве имело место отвращение к пище, а потом она испытывала трудности с новой пищей, которую должна была принимать очень медленно в комбинации с

привычной. Сексологическое консультирование помогло ей и её мужу развить положительное отношение к наготы. Пациентка хотела забеременеть, поэтому была очень мотивирована на лечение.

Терапевтический план включал переключение на пароксетин (паксил), который более эффективно воздействовал на её депрессию. Одновременно были составлены две поведенческие десенситизационные иерархии, которые предусматривали практические шаги, ведущими к усилению «сексуальной интимности». Одна из них касалась усиления положительного опыта пациентки в открытии своего собственного тела, а другая – партнерских взаимоотношений. В течение последующих 5,5 месяцев (всего было 8 сессий, на некоторых из них присутствовал её муж) она достигла устойчивого прогресса: приобрела способность получать оргазм посредством мастурбации, стала женщиной и забеременела. Сообщается, что эта пара была способна продолжать «сексуальную интимность» на всем протяжении беременности, а также в послеродовой период.

Отмечается, что данный случай иллюстрирует очень хороший результат использования бихевиорального терапевтического подхода, который потребовал редких контактов с терапевтом. Как подчеркивается в данной публикации, в литературе одобряется поведенческий подход к терапии [12; 28], когда встречи осуществляются с частотой от ежедневных до двух раз в неделю [26]. Кроме того, данные, представленные в специальной литературе, наводят на мысль о плохом прогнозе для сексуальной аверсии, особенно как в представленном случае, когда она (аверсия) являлась «глобальной», длилась на протяжении всей жизни и ассоциировалась с депрессией и аноргазмией [11]. Отмечается, что факторами, способствующими достижению благоприятного результата в характеризуемом случае, явились положительное отношение супругов друг к другу, высокая терапевтическая мотивация, отсутствие в анамнезе сексуальных травм и прямое вовлечение пациентки в создание и изменение иерархий.

Обсуждая проблему сексуальной аверсии, R. Crooks, K. Baur [13] сообщают, что данное расстройство может ранжировать от ощущений дискомфорта до чрезмерного иррационального страха сексуальной активности. Даже мысль о половом контакте может приводить к интенсивной тревоге и панике. Сексуальная аверсия может сопровождаться такими физиологическими симптомами, как потение, учащенное сердцебиение, тошнота, головокружение, дрожь и диарея, что является проявлением страха.

Анализируя причины сексуальной аверсии и сопряженного с ней страха, названные авторы отмечают, что ими могут быть следующие факторы:

- 1) негативные родительские сексуальные взаимоотношения;
- 2) психосексуальные травмы, такие, как инцест или изнасилование [25];
- 3) постоянное психологическое давление с целью принуждения к сексу;
- 4) повторные безуспешные усилия, направленные на то, чтобы доставить радость сексуальному партнеру, или попытки, направленные на преодоление сексуальной проблемы;
- 5) беспокойство, связанное с неразрешенными конфликтами сексуальной идентичности или ориентации, возникающее в ожидании/предвкушении сексуальных контактов.

Г. Ф. Келли [3] отмечает, что к сексуальной аверсии может вести чувство беспокойства/фобия по отношению к сексуальному контакту. Некоторые мужчины и женщины начинают бояться или избегать сексуальных контактов или их возможных последствий, и в конце концов у них развивается немотивированное отвращение к сексу. Это может быть обусловлено психологическим стрессом, вызванным, в свою очередь, пуританским воспитанием, религиозным окружением, беспокойством по поводу своего здоровья, физическим и/или сексуальным насилием, которому человек подвергался в прошлом. Часто, устанавливая близкие отношения с другими, такие люди могут привлечь к себе их

внимание, однако если отношения становятся более интимными и доверительными, рано или поздно наступает момент, когда они начинают испытывать страх перед сексом. В этом случае их поведение направлено на поиск предлогов для уклонения от контактов или обвинения в чем-либо своего партнера. Это делается для того, чтобы оправдать свое нежелание заниматься сексом. Например, может возникнуть чрезмерная раздражительность или «разборчивость», результатом которых могут стать постоянные конфликты с партнером.

Как мужчины, так и женщины испытывают сексуальную аверсию, но более часто она имеет место у женщин [23]. Женщины более часто сообщают о неприятных ощущениях, связанных с сексуальными контактами, избегании последних, чаще испытывают страх перед половым сношением, больше беспокоятся в связи с возможностью заразиться СПИДом, а также из-за вероятности нежелательной беременности [18].

Наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что в генезе сексуальной аверсии большую роль могут играть нарушения межличностных отношений в супружеской/партнерской паре, когда сексуальная аверсия является лишь одним из проявлений общего негативного отношения к супругу/партнеру. Её причинами также могут быть грубое поведение мужчины вне и во время интимной близости, неадекватная сексуальная техника, которая препятствует наступлению оргазма у женщины, а также невозможность возникновения последнего в связи с преждевременным семяизвержением.

Нами наблюдалась молодая женщина, у которой к моменту замужества еще не сформировался сексуальный компонент либидо, т.е. она не испытывала физиологической потребности в половых актах. Вместе с тем платонический и эротический компоненты либидо достигли своего полного развития. Поэтому ласки и поцелуи предварительного периода приносили ей огромное наслаждение, а собственно половой акт воспринимался как необходимое, но ничего не дающее в плане дальнейшего роста сексуального

возбуждения продолжение. Спустя небольшой период времени, из-за плохих отношений с мужем, а также его неадекватной сексуальной техники, ласки и поцелуи не только перестали приносить ей наслаждение, но, более того, стали крайне неприятны.

Также нами наблюдался случай, когда поводом для возникновения сексуальной аверсии у женщины по отношению к мужу послужил минет, осуществленный без предварительной гигиенической подготовки пениса. Опрос показал, что причиной сексуальной аверсии было то, что эта женщина влюбилась в другого мужчину. Своего же мужа она вообще никогда не любила. Вышла за него замуж лишь потому, что он её любил и очень хорошо к ней относился. Однако определяющим фактором для принятия решения о заключении брака все же было следующее обстоятельство. Для того чтобы остаться в Харькове после окончания института (она не была харьковчанкой), ей необходимо было срочно выйти замуж именно за жителя Харькова. Когда же она начала встречаться с другим мужчиной, безразличие к мужу как к половому партнеру трансформировалось в сексуальную аверсию.

Интерес представляет случай из нашей клинической практики, когда мужчина-молодожен испытывал выраженное отвращение при осуществлении полового акта со своей женой, причиной чего были густо растущие волосы у неё на ногах. В связи с этим в самом инициальном периоде интимной близости он даже закрывал глаза, чтобы не видеть её ноги. Женился на этой женщине по рекомендации родителей. Он и его жена представители одной из национальностей, проживающей в Дагестане. Незадолго до женитьбы встречался с девушкой-славянкой, любил её и хотел на ней жениться, однако затем они расстались. Родители ему постоянно говорили о том, что он должен жениться именно на девушке своей национальности. После произошедшего разрыва отношений очень переживал, настроение было резко снижено. Находясь в таком состоянии, послушал родителей и женился на девушке, которую толком не знал и не успел хорошо рассмотреть перед свадьбой. Таким обра-

зом, одной из причин сексуальной аверсии также может быть негативное восприятие физических особенностей сексуального партнера. Также нами наблюдался мужчина, у которого возникало отвращение при виде обнаженных половых органов партнерши, что служило препятствием для проведения им полового акта.

По нашим наблюдениям, сексуальная аверсия может быть как тотальной (выраженной по отношению ко всем сексуальным партнерам), так и селективной (отмечаемой только по отношению к определенному сексуальному партнеру). Естественно, что по закону реципрокной ингибиции (неприятные переживания подавляют приятные и наоборот) при тотальном варианте сексуальной аверсии можно констатировать снижение полового влечения, в то время как при её селективном варианте это снижение выражено только по отношению к определенному сексуальному партнеру. Кроме этого, согласно нашим наблюдениям, сексуальная аверсия не всегда сочетается со страхом половой близости. Тем не менее наличие данного страха может приводить к появлению сексуальной аверсии. Последняя также может способствовать возникновению названного страха. Кардинальным признаком сексуальной аверсии, как это следует из названия данной патологии, следует считать отвращение к сексуальным контактам, которое поведенчески проявляется их избеганием. Это избегание может достигаться, например, использованием отговорок со ссылкой на различные мнимые причины, по которым половая близость нежелательна или даже невозможна, а также провокаций ссор, исключающих возможность её (половой близости) реализации.

Проблема сексуальной аверсии являлась предметом ряда специальных исследований. Так, работа R. C. Katz и соавт. [20] предоставляют дополнительную информацию относительно психометрических свойств шкалы сексуальной аверсии (the Sexual Aversion Scale; SAS). Полученные результаты наводят авторов на мысль о позитивных взаимоотношениях между сексуальной аверсией, генерализованной тревогой и наличием в анамнезе сексуального пре-

следования. Отмечается, что женщины сообщали о значительно большей сексуальной тревоге, чем мужчины. Авторы делают вывод, что сексуальная аверсия является многоаспектной проблемой по меньшей мере с тремя или, возможно, четырьмя различными измерениями.

R. C. Katz и соавт. [19] провели сравнительное обследование студентов колледжа в 1988, 1991 и 1992 гг. (N=810). Диагностика базировалась на использовании SAS и критериев DSM-III-R для сексуальной аверсии. Было выявлено значительное усиление «сексуальной тревоги», которая в большинстве случаев могла быть отнесена к страху заражения спидом. Хотя женщины в целом сообщали о «сексуальном страхе» чаще, чем мужчины, различий в выявляемости страха заражения этим заболеванием не отмечалось. Полученные данные, по мнению авторов, могут предвещать рост расстройств полового влечения и других сексуальных дисфункций.

Сексуальную аверсию выявляют при психических расстройствах невротического и психотического уровня. Так, например, её диагностировали у больных шизофренией. Сообщается, что при приступообразном течении шизофренического процесса как депрессивные, так и сексуальные нарушения более выражены: отмечается резкое снижение или отсутствие либидо и оргазма, а также «нежелание жить половой жизнью вплоть до отвращения к половому акту» [2]. Сексуальную аверсию диагностировали (редко) и у больных эпилепсией [33].

Данное расстройство, так же как и ослабление либидо, наблюдали и у женщин, страдающих нервной анорексией [27; 29; 32; 34]. K. J. Zerbe [35] в связи с этим сообщает, что пациенты, страдающие расстройствами приема пищи (eating-disordered patients), «борются с избытком сексуальных дисфункций», но сопротивляются интервенциям сексуальной терапии. Это может быть для них частично полезно. Статья наводит на мысль, что эти пациенты сопротивляются названным интервенциям, так как обладают хрупкими Я-структурами. Обычно им устанавливают более одного дополнительного диагноза в соответствии с

DSM-III-R, а их лечение, как правило, является комплексным. В связи с этим пациентам довольно трудно сосредоточиться на одной специфической проблемной области. Обладая карательными структурами суперэго, они также весьма критичны по отношению к своим сексуальным реакциям. Обычно являясь членами семей, которые изобилуют брачными разногласиями, характеризующиеся пациенты имеют малое количество ролевых моделей, которые могли бы обеспечить их адаптивное и зрелое партнерство. Сексуальное и жестокое физическое обращение также могут способствовать возникновению обнаруживаемой у них сексуальной аверсии. Так как клиницисты более полно постигают многоаспектные области сопротивления лечению, они будут в состоянии помочь этим пациентам преодолеть терапевтический тупик. Дальнейшие научные исследования, как отмечает автор, прольют свет на дополнительные области сопротивления, которые оказывают влияние на сексуальную терапию данных пациентов.

Сообщается, что сексуальная аверсия может быть обусловлена употреблением алкоголя и наркотиков, страхом беременности и депрессией.

Сексуальную аверсию выявляют и при других заболеваниях, а также при последствиях их лечения. Так, M. S. Green и соавт. [16] провели пилотное исследование по оценке сексуальных дисфункций у женщин после вульвэктомии (вульва – наружные половые органы). Опрос, включающий 88 вопросов, был проведен для оценки представлений образа тела (body image). В качестве клинических диагностических ориентиров использовались критерии, предусмотренные DSM–IV для сексуальных дисфункций. Сорок семь женщин согласились участвовать в исследовании, а 41 (87%) женщина предоставила отчет о нем. После вульвэктомии у этих женщин было выявлено значительное повреждение образа тела ($P=0,004$). Частота их половой жизни уменьшилась после хирургического вмешательства ($P=0,001$). Также отмечались выраженные сексуальные дисфункции, которые были представлены сексуальной аверсией, расстройством возбуждения и снижением поло-

вого влечения. Степень хирургического вмешательства не коррелировала со степенью сексуальной дисфункции ни в одной из категорий. Женщины, у которых во время опроса имела место депрессия, определявшаяся посредством the PRIME-MD scale, были более вероятными кандидатами для развития у них сексуальной аверсии ($P=0,05$) и имели тенденцию к более частому возникновению расстройств образа тела (body image disturbance; $P=0,1$), а также «глобальной сексуальной дисфункции» (global sexual dysfunction; $P=0,06$). Таким образом, у женщин после вульвэктомии отмечались значительные половые расстройства, однако степень хирургического вмешательства или тип вульвэктомии не коррелировали со степенью сексуальной дисфункции.

Сообщается о возможности существования так называемых специфических аверсий, например, аверсии по отношению к эрегированному половому члену.

Приведем подробное описание случая сексуальной аверсии из нашей клинической практики [5; 6; 22], которая, помимо общих проявлений, обладала весьма выраженной специфичностью.

Больная Г., 38 лет, замужем, имеет 2 детей (дочь и сына), по образованию медицинская сестра (в настоящее время не работает по специальности), совместно с мужем занимается частным предпринимательством. Обратилась за лечебной помощью в связи с сексуальными проблемами (отсутствие полового влечения, резко ослабленный оргазм и др.).

При активном расспросе в связи с этим сообщает: «Мужчина мне не нужен. Мне никогда не хочется, даже когда меня ласкают. При этом мысли заняты совершенно другим». Однако отмечает, что если муж к ней пришел, «то будь добр, отработай, как положено».

Вместе с тем желание может у неё возникнуть при просмотре эротических фильмов: «Во мне что-то загорается, но пока дойду до спальни, мне уже ничего не надо, кроме сна». Иногда во время месячных может испытать кратковременное (в течение 1-2 мин) желание интимной близости.

Уже в течение года не спит с мужем в одной постели («убежала от него на второй этаж»). Отмечает, что при половом акте возбуждение возникает: это какое-то «чисто внутреннее ощущение, не сопровождающееся сексуальной тягой. Лежу и думаю, надо его хоть по спинке погладить, ну что я уже совсем как бревно лежу. Надо же человеку отдать должное, ну хоть чуточку». После того как у неё наступил оргазм, муж вводит половой член во влагалище и совершает фрикции. «Это для меня пытка». После полового акта чувствует себя обозленной. Характеризуя свой оргазм, отмечает: «Я получаю оргазм, но только клиторально (имеет в виду, что оргазм наступает лишь при воздействии на клитор) и обязательно оральным способом. Стоит мужу убрать на 2-3 секунды язык – все, мне уже ничего не нужно». При оргазме ощущает сокращение мышц, прилив, какое-то напряжение, потом это напряжение снижается, но никогда при этом не испытывает полового влечения к мужу. «Никакого ощущения разрядки нет. Что-то слегка приятное есть, но что именно объяснить не могу. Но все равно после полового акта злая, так как удовольствия не получаю: ну сокращались мышцы и посокращались. Я никуда не летаю, я ничего не ощущаю. Его (мужа) я во время разрядки не чувствую, и меня к нему не тянет». Отмечает, что первые годы совместной жизни с мужем делала вид, что ей хорошо и приятно во время полового акта. Влагалище увлажнялось, но не более того. Имитировала половое возбуждение и оргазм. Закончилось это тем, что обратилась за помощью к сексопатологу. Было назначено лечение: массаж клитора, упрощенный вариант упражнений по А. Кегел, пантокрин внутрь и инъекционно. Через 4 месяца после начала лечения возник оргазм. Это произошло после пяти лет замужества.

Кроме охарактеризованных сексуальных дисфункций, у пациентки имеет место **выраженное отвращение к сперме** (больше к её виду и меньше к её запаху), что проявляется при половых контактах с мужем. В связи с названным аверсивным феноменом, а также резко ослабленным половым влечением всякий раз старается уклониться от

интимной близости. Об этом, в частности, свидетельствуют следующие её высказывания: «У меня прекрасный муж, но я его гоняю. Могу придраться к ерунде и раздуть большой скандал, чтобы он меня не трогал в сексуальном плане. Иногда после работы иду по дороге домой и думаю, к чему бы прицепиться, с чего начать, чтобы он ко мне вечером не пришел». Также отмечает, что они с мужем и друзьями периодически выезжают на вылазки. Обычно эти вылазки заканчиваются скандалом, который она специально провоцирует. Так поступает в связи с тем, что когда муж выпьет алкоголь, у него возникает желание к сексуальному общению. Своим поведением она срывает его возможные «приставания». Отмечает, что когда сама выпьет хотя бы один глоток алкоголя, то это подавляет даже те минимальные сексуальные потребности, которые у неё есть.

Дело дошло даже до того, что уже в течение года не живут с супругом половой жизнью («убежала от него на второй этаж»). Отмечает, что «сейчас вопрос стал ребром: или я пойду лечиться и хоть чуточку стану женщиной, или развод (муж говорит, что любит, но больше терпеть не может). Делать вид, что мне хочется и что мне хорошо во время интимной близости, у меня больше нет ни сил, ни желания. Зачем всю жизнь врать самой себе и мучить возле себя человека».

Сообщает, что мужа в связи с её сексуальным расстройством и поведением гнетет чувство одиночества: «Я тебе нужен как добытчик, как движущая сила. Если бы я этого не делал (имеет в виду бизнес и ведение хозяйства), ты бы меня бросила. Я боюсь, что почувствую тепло (имеет в виду другую женщину), и тогда я уйду от тебя. Хотя я тебя люблю и не представляю свою жизнь без тебя».

Отмечает, что «ужасно ревнива». Муж «изнывает» от неё. Пациентка считает, что это связано с тем, что из-за её расстройства она боится его потерять. Она говорит: «Боюсь его потерять, боюсь, что его кто-то уведет. Когда он танцует с кем-то, я бы эту женщину, с которой он танцует, задавила бы, патлы бы ей поотрывала». Если по телевизору показывают женщину, то она «с ума сходит», особенно когда речь

идет о «голых бабах». Он вообще о женщинах, которых видит по телевизору, ничего положительного не говорит, так как боится её реакции. Характеризуя свое отношение к супругу, сообщает: «Очень жестоко отношусь к мужу. Вижу в нем движущую силу и добытчика, но не мужчину. Хотя ему нужно отдать должное. Он всю жизнь положил к моим ногам, а я стараюсь к чему-нибудь прицепиться, завестись только для того, чтобы не иметь половой связи. Мне противно. Не он противен, а сам процесс полового акта, и особенно, когда у него наступает оргазм. Меня всю выворачивает наружу. Я с трудом сдерживаю рвоту. К концу полового акта я всегда думаю: «Так, теперь только бы не вырвать». И вместо того, чтобы заниматься любовью и приласкать мужа, я начинаю мысленно перелопачивать всю свою бабскую жизнь. Иногда я дарю ему кусочек нежности и ласки, но не потому, что мне этого очень хочется, а вроде как обязана. Все-таки обязанности жены хоть изредка, но выполнять нужно. Тем более, я прекрасно знаю, что человека лучше, чем он, я себе не найду. И если я останусь одна, то, кроме нищенского существования, себе ничего не обрету. Сейчас я в семье похожа на мегеру. Вопрос стал ребром: или я пойду лечиться и хоть чуточку стану женщиной, или развод (муж говорит, что любит, но больше терпеть у него нет сил). Делать вид, что мне хочется и что мне хорошо, у меня больше нет сил, да и желания тоже. Зачем всю жизнь врать самой себе и мучить возле себя человека?»

Сообщила, что год или два назад муж напомнил, что «взял её замуж не девушкой». Тогда она расплакалась, а потом сказала ему: «Я вас всех сук ненавижу, я тебе за всех отомщу. Я на тебе все вымещу». После этого отношения еще больше ухудшились. «До этого я его доставала, а после этого стала доставать еще больше. У меня болит и кипит. И вообще этот его упрек был как нож в глубину сердца». Потом, когда он пришел к ней извиняться, ответила: «Да пошел ты, иди ищи себе целку и живи с ней».

В процессе курса лечения мы побеседовали с мужем пациентки. Из этой беседы следовало, что он никогда не

изменял жене. Находится по отношению к ней в подчиненном положении. Несмотря на то что сексуальное расстройство имеет место у супруги, а не у мужа, она упрекает его в сексуальном отношении и даже называет «сексуальным уродом».

Характеризуя себя, пациентка сообщила, что очень красиво декламирует и всегда в школе вела концерты. Очень хорошо танцует (училась этому), имеет 1-й взрослый разряд по бегу. В школе занималась средне. Лучше давались гуманитарные предметы. В медицинском училище занималась хорошо. По характеру «агрессивная, темпераментная, подвижная (бабушка по отцовской линии была мексиканка)». Лидер в семье. Занимается всеми её финансами и контролирует их «до последней копейки». Также говорит, что она «властная, жесткая, но не жестокая, и конкретная. Если что сказала, то дети знают ...». Считает, что это не очень хорошо для женщины. Женщина, по её мнению, должна быть мягче. Характерологические особенности пациентки (ее выраженный эгоцентризм) подчеркивает и тот факт, что по мере нормализации её сексуальных функций в процессе лечения муж не замечал положительных сдвигов. Это было связано с тем, что свое увеличившееся сексуальное возбуждение она никак не проявляла по отношению к нему в процессе полового акта: сосредоточиваясь на этом возбуждении и связанных с ним переживаниях, она никак не выражала их внешне.

При опросе выяснилось, что в возрасте 16 лет пациентка была изнасилована. После этого испытывает неприязнь ко всем мужчинам, кроме мужа, с которым у неё хорошие отношения. Однако впоследствии оказалось, что последнее утверждение больной не полностью соответствовало действительности. Об этом, в частности, свидетельствовало её замечание, что когда она ласкает супруга, то думает при этом: «Ты такой же зараза, как и те, кто меня насиловал». Обстоятельства изнасилования были следующими.

В 16 лет познакомилась с парнем (ему было 18-19 лет). Немного с ним повстречались (2 недели). На одно из сви-

даний он приехал на мотоцикле (подъехал к её дому в 4-5 часов дня) и предложил покататься. Она согласилась. Молодой человек повез её в лес, где их ожидали его товарищи, находившиеся в состоянии алкогольного опьянения. Сначала обстановка была спокойной, однако прием алкогольных напитков продолжался и «изрядно набравшиеся мальчики решили порезвиться».

Повода для грубого обращения девушка не давала, однако они стали приставать к ней с известной целью. Так как она сопротивлялась, то её сильно избили. Два человека били, разорвали платье. Били в живот, по печени, «которая болит по сегодняшний день». Насиловал только «её» парень. Он ввел член во влагалище, который находился там всего пару секунд. Семязвержение не произошло. Сказал, чтобы она не строила из себя девушку (почему-то не было крови, хотя ранее в сексуальном контакте ни с кем не была). Начал на неё кричать, назвал «сукой», употреблял другие оскорбительные слова, обвинил её в том, что она вступает в сексуальные отношения со всеми. После этих слов «обмякла».

Когда все это происходило, то один из ребят сказал другим парням, что с ней не следует так себя вести, так как она не проститутка. Однако те не изменили свое поведение после его слов, и он начал с ними драться. Потом этот парень отвел её домой. Там она быстро передела платье, никому ничего не рассказала из-за того, что крови при введении члена не было (считала, что должна быть). Кроме того, чтобы не было следов, её били в живот.

После изнасилования дважды лежала в больнице по поводу болей в области печени, но никогда не говорила медперсоналу о том, с чем она их связывает. Произошедшее привело к тому, что стала избегать встреч с ребятами, но в скором времени в школе, в которой она училась, познакомилась с парнем, ставшим её мужем сразу после её окончания. Отмечает, что замуж вышла «по любви» и обоюдному согласию. В 17 лет забеременела. Беременность только ускорила регистрацию брака. Окончила медицинское училище. Первый половой акт с будущим супру-

гом был по её согласию, но, кроме страха и скованности, ничего не испытала. Роды в сексуальном плане ничего не изменили. Неприязнь и озлобление к мужскому полу нарастали, хотя рядом с ней был любящий и внимательный муж.

В 18 лет с ней произошло важное для понимания этого случая событие. Ей предложили посмотреть порнографический журнал, на обложке которого она увидела женщину, у которой во рту был мужской половой член, и сперма стекала изо рта по лицу к шее (в дальнейшем в качестве эквивалента используется слово «картинка»). Тогда подумала: «Какая гадость, какая мерзость». Её вырвало. «Рвала в течение дня. Целый день не могла прийти в себя».

Отвращение к виду спермы и её запаху существует по сегодняшний день. При тщательном расспросе удалось уточнить, что после того, как увидела названную картинку, периодически рвала целый день («с утра до самого вечера, не менее 5-6 раз, а может, и больше, и есть долго не могла»). С того времени при одном воспоминании об этой картинке возникает выраженная рвотная реакция (рефлекс), которую она подавляет.

То же самое происходит, когда предполагается выброс спермы в её рот или влагалище. В связи с этим отмечает, что когда у мужа наступает оргазм и он «кончает», но она не видит сперму и не ощущает её запах, её «начинает воротить от одной мысли об этом», и она видит картинку, что и вызывает рвотную реакцию. В этот момент у неё возникает следующая мысль: «Сейчас финал, и главное не вырвать, удержаться, как-то себя сдерживать и не показывать...».

В процессе дальнейшего расспроса больная сообщила, что со временем к негативному визуальному воздействию спермы (реальному или репродуцируемому) присоединилось неприятное воздействие её запаха. Удалось выяснить, что пациентка не исключает связи такого воздействия картинки с изнасилованием, но все же утверждать этого не может. Позже в процессе психотерапии ей удалось осознать эту связь. Оказалось, что во время полового акта она думает, что мужчина не только получает удовольствие, «но

еще и извергает всякие ...». Часто в это время возникают следующие мысли: «Это еще нюхай, глотай, доставляй тебе удовольствие; все мужчины насильники, идиоты» и т. п.

Вспомнила, что когда увидела картинку, то подумала: «Чтобы доставить вам наслаждение, мы должны подвергаться такому оскорблению, такой гадости». Муж давно знает, что у неё возникает рвотная реакция на сперму, хотя она и пытается это скрывать, и интерпретирует это явление как следствие её неприязни по отношению к нему. Однажды при интимной близости он прикоснулся к животу супруги и почувствовал её позыв на рвоту. После этого в течение месяца не предпринимал никаких попыток к совершению с ней полового акта. Пациентка отмечает, что очень брезглива, и с возрастом брезгливость нарастает.

Дополнительно к вышеизложенному было установлено еще одно важное обстоятельство. Оказалось, что с того времени, как пациентка увидела упомянутую картинку на обложке журнала, у неё возникло **отвращение по отношению ко всем другим мужским выделениям** (слюна, выделения из носа и т. п.).

Сообщает, что после окончания медицинского училища 5 лет работала заведующей молочной кухней у себя в поселке, а потом в течение 8-10 лет – в детском отделении больницы. Затем это отделение закрыли и предложили ей работу медицинской сестры либо в поликлинике, либо в терапевтическом отделении. В этом отделении она не могла работать из-за своей повышенной брезгливости. Потом попала работать в противотуберкулезный диспансер (проработала там 2 года). «Каждое дежурство у меня выворачивало кишки» (имеет в виду мокроту больных).

При целенаправленном уточняющем расспросе в очередной раз указала, что **отвращение по отношению ко всем мужским выделениям возникло еще до начала работы в противотуберкулезном диспансере, с того времени, как увидела картинку на обложке журнала.** Более того, пациентка сообщила следующее: «Я даже кисель не пью, не ем овсяную кашу. Я её так любила, мать её

так вкусно готовила. Не ем сейчас из-за того, что в овсянке есть слизь».

На мой вопрос о том, что, может быть, она трудилась не по призванию, больная ответила: «Да нет, когда я работала в детском отделении, то не брезговала ни соплями, ни калом детей». В подтверждение того, что она спокойно относится к детским выделениям, пациентка сообщила: «Мы усыновили мальчика, и к его различным выделениям у меня тоже нет какого-нибудь отрицательного отношения». Также удалось выяснить, что к женским выделениям она относится гораздо спокойнее, чем к мужским.

Платоническое либидо пробудилось в 12 лет. В отношении времени пробуждения эротического компонента либидо четкого ответа не удалось получить. Пробуждение сексуального либидо на момент проведения обследования так и не удалось констатировать.

Отмечает, что в детстве секс был запретной темой. Первые месячные с 13-14 лет. Потом в течение 6-8 месяцев их не было, а затем они стали наступать регулярно и были безболезненными. В настоящее время болеет поликистозом яичников. Три последних года имеют место частые маточные кровотечения, в связи с чем принимает гормональное противозачаточное средство триквилар (triquilar), которое дает хороший эффект. Обращает на себя внимание избыточный рост волос на теле, в том числе и на ногах, но мужу это нравится.

Для ликвидации отвращения больной к сперме (здесь мы фиксируем внимание именно на устранении сексуальной аверсии), а также других сексуальных дисфункций была разработана следующая лечебная программа, включающая 7 структурных компонентов.

1. Изменение отношения к сперме. В связи с этим внимание пациентки фиксировали на том, что сперма весьма ценна по своему составу, так как содержит белки, липиды (жиры), углеводы, витамины, микроэлементы, др. компоненты и, наряду с яйцеклеткой, является первоосновой для создания новой человеческой жизни.

2. Изменение отношения больной к половому акту в том смысле, чтобы он не воспринимался ею как издевательство над женщиной. В связи с этим ей было сообщено, что мужчины во время интимной близости извергают сперму, теряя таким образом весьма ценное вещество, чего не происходит с представителями женского пола, которые при половом акте не лишаются своих яйцеклеток. В результате семяизвержения мужчина расходует большое количество энергии и в подавляющем числе случаев в течение некоторого времени (отличающегося у различных мужчин) не способен к проведению повторного полового акта. Поэтому даосизм предлагает мужчинам осваивать определенные психофизиологические приемы, препятствующие извержению ими спермы во время сексуальных контактов [9].

Пользуясь этими рекомендациями, некоторые далеко продвинутые последователи данной системы имеют только несколько эякуляций в течение всей своей жизни. В соответствии с положениями даосизма «... основные потери энергии у мужчины происходят во время эякуляции, в то время как основные потери энергии у женщины имеют место не во время полового акта, а во время менструаций» [10, с. 35]. Из этого следует, что половой акт скорее нужно рассматривать не как то, в результате чего «выигрывает» мужчина, а совсем напротив («После того как у него наступило семяизвержение, он уже ни на что не способен. Это вы его ..., а не он вас».)

В результате таких разъяснений у нашей пациентки зафиксировалась мысль, что «когда мужчина кончит, то это значит, что я его, а не он меня ...».

3. Еще одним направлением в ликвидации аверсии к сперме было применение метода взмаха [1], который относится к терапевтическому арсеналу нейролингвистического программирования (НЛП) и, обладая очень мощным действием, «программирует мозг на движение в новом направлении».

Проведенный нами сеанс протекал следующим образом.

Вначале я попросил пациентку увидеть названную картинку на обложке журнала с изливающейся на лицо женщины спермой. Затем сеанс был продолжен.

Врач: Теперь я хочу, чтобы вы увидели эту картинку по-другому, образ себя такой, которая смотрит на это спокойно, с новым знанием, пониманием, как бы вы хотели это видеть, как бы хотели воспринимать.

Пациентка: Нет, сдвиг есть (имеет в виду результат проведенной ранее когнитивно ориентированной работы – 1-й и 2-й компоненты психотерапии) потому, что если бы мне раньше об этом говорили, то у меня бы сейчас возникла рвотная реакция (это представление хотя и вызвало отрицательную реакцию, но меньше, чем предыдущая картинка).

Врач (продолжая): Я хочу, чтобы вы увидели образ себя иной, с новым знанием, пониманием смотрящей на сперму.

Затем вновь был вызван яркий большой образ/сцена, когда она впервые увидела картинку на обложке журнала. Это, однако, не сопровождалось выраженной аверсивной реакцией, т.е. хотя реакция и была негативной, но её интенсивность была небольшой. В этом репродуцированном образе нашли маленькое темное пятно на её лице по форме напоминающее пуговицу, освещенность которого была гораздо меньше, чем всего остального образа.

Побудили пациентку увидеть там образ женщины с иным, альтернативным отношением к сперме. Затем увеличили этот образ в размерах, интенсифицировали его яркость и «смахнули» им предыдущий образ. Вследствие этого новое яркое изображение заняло весь экран. Тем не менее появление образа женщины по-другому смотрящей на сперму вновь сопровождалось возникновением неприятных ощущений. После этого пациентка получила инструкцию открыть глаза.

Аналогичным образом взмах был проведен еще дважды. Затем при выполнении 4-го взмаха мы попросили её увидеть в темном пятне, расположенном на лице её изображения на экране, женщину, похожую на неё, которая

совершенно спокойно реагирует на сперму. По мере выполнения «взмаха» мы сказали ей, что она и есть эта женщина, и она увидела свое лицо вместо лица этой женщины. Пациентка отметила, что относится к этой картинке спокойно.

5-й «взмах» проводился точно по такому же сценарию, как и предыдущий. Реакция на сперму в новом изображении, которое «смахнуло» старое, когда пациентка видела себя в 18 лет, смотрящей на картинку на обложке журнала, была аналогичной, т. е. никакой аверсии по отношению к сперме отмечено не было.

4. Следует отметить, что охарактеризованные выше психотерапевтические воздействия были не единственными. Дело в том, что еще до использования метода «взмаха» пациентке был проведен первый сеанс **гипнокатарсиса**, когда её «погрузили» в ситуацию изнасилования, и она пережила её вновь. В дальнейшем (после того, как метод взмаха был осуществлен) мы провели еще два таких сеанса. Терапевтическое влияние гипнокатарсиса на аверсию к сперме также следует учитывать, так как он освобождает организм от неотреагированной патогенной энергии, питающей невротические симптомы.

Хотелось бы специально отметить, что после проведения второго гипнокатартического сеанса, когда больная еще находилась в гипнотическом состоянии, мы попросили её вновь вспомнить себя в 18-летнем возрасте в тот момент, когда она впервые увидела на обложке журнала картинку, о которой идет речь. Это было сделано для того, чтобы пациентка точно восстановила в памяти, что конкретно тогда вызвало рвоту. Когда репродуцировали эту ситуацию, она сказала, что, увидев сперму, подумала: «Мало того, что мужчины издеваются над женщинами, так еще плюс к этому физическому насилию такая мерзость, такая гадость».

5. Также больной была проведена **психотерапевтическая техника, направленная на частичное «изменение биографии»**. Она заключалась в том, что под влиянием наших внушений пациентка в гипнотическом сос-

тоянии пережила события, альтернативные изнасилованию и тому, что непосредственно было связано с ним. Мы внушали ей (и она видела этот сюжет), что еще перед тем, как инициатор изнасилования (парень, с которым она встречалась) приехал к ней на мотоцикле, начала терять к нему интерес, при его ласках и поцелуях ничего приятного не чувствовала. Когда же он приехал на мотоцикле, чтобы повезти её в лес, она сказала, что занята. Сослалась на то, что мать поручила ей какую-то работу по дому, которую она должна выполнить. С ним ей вовсе не хотелось больше встречаться. Кроме того, в соответствии с проводимыми внушениями, когда они разговаривали с этим парнем, вышла мать и напомнила ей о своем поручении. Помимо этого, пациентка своим поведением дала ему понять, что не хочет с ним встречаться. Он уехал и потом к ней больше не приезжал. Только несколько раз видела его издалека, хотя они и жили в одном поселке.

После проведения этой техники отметила, что к факту изнасилования стала относиться абсолютно безразлично.

6. В связи с описанными выше неаверсивными сексуальными дисфункциями также проводилось гипносуггестивное программирование успешно протекающего полового акта (с момента начала предварительного периода и до наступления оргазма) и моделирование в гипнотическом состоянии нормального течения предварительного периода [4].

7. Осуществлялись рекомендации по оптимизации сексуальной техники и межличностных отношений в супружеской паре.

Проведенное лечение было эффективным: ликвидировалось отвращение к сперме и негативное отношение к мужчинам, усилилось половое влечение и четко проявился его сексуальный компонент, увеличилось половое возбуждение, улучшились характеристики оргазма.

Таким образом, на основании анализа этого наблюдения можно сделать вывод о том, что изнасилование явилось для больной мощной психотравмой, которая обусловила возникновение у неё сексуальных дисфункций, а так-

же (по механизму генерализации) негативного отношения ко всем мужчинам. Это в значительной мере распространилось и на её мужа, которого она воспринимала неоднозначно. Хорошее отношение к нему как к человеку сочеталось с негативным к нему отношением, так как он репрезентировал для неё всех мужчин вообще. Увиденная спустя 2 года после изнасилования картинка на обложке журнала привела к появлению многократной рвоты, а затем к многолетней аверсии к сперме. Этот фактор (увиденная картинка) следует рассматривать в качестве разрешающего, так как изначально «организмическое напряжение», связанное с существующей патологией, было вызвано изнасилованием и сопряженной с ним ситуацией. В тот момент, когда пациентка увидела картинку на обложке журнала, произошла ассоциация увиденного и психотравмирующего влияния изнасилования, что было осознано больной в полной мере только в ходе психотерапии, которая проводилась много лет спустя. По механизму генерализации отвращение к сперме распространилось на все выделения мужского организма (мокрота, слюни и т. п.) и, более того, на кисель и овсяную кашу, так как их слизистая консистенция ассоциировалась с видом спермы. Проведенная психотерапия (в данной главе в основном селективно рассматривалось устранение аверсии к сперме) была эффективной.

Можно было бы попытаться обсудить возможную роль некоторых других факторов (помимо изнасилования, сопровождавшегося избиением и оскорблениями) в генезе сексуальных дисфункций, исключая аверсию, которая имела в данном случае сугубо психогенное происхождение. Однако, поскольку в приводимом сообщении внимание фиксируется в основном именно на этой последней дисфункции, мы воздержимся от такого обсуждения, тем более, что это было бы непростой задачей (в 16 лет больная пережила мощнейшую сексуальную психотравму). Сделанные выводы по этому вопросу могли бы носить сугубо умозрительный характер и были бы практически малодоказуемы.

Приведем еще один клинический пример сексуальной аверсии.

Больная Б., 38 лет, замужем (первый раз) 3,5 года, детей нет. Образование высшее музыкальное, работает артисткой хора. За лечебной помощью обратилась ко мне 01.02.2021 г. Мужу 36 лет, образование – ПТУ. Последние 3 года не работает (вроде бы хочет найти подходящую работу, но не может якобы её найти). Пациентка и её муж живут с родителями мужа в их частном доме, у них есть отдельная комната.

Жалобы и анамнез. На вопрос, что же её беспокоит, больная сообщила следующее: «Я его не хочу. У меня нет желания заниматься сексом ни с ним, ни с кем-либо другим. Также у меня сексуальное отвращение к мужу (сексуальная аверсия). Когда он подходит ко мне и начинает целоваться, мне противно, какое-то неприятное чувство, как «слизняк какой-то лезет». Испытывает по отношению к мужу чувство безразличия. Ей неприятны его прикосновения. Говорит ему: «Не трогай меня, ко мне не подходи». «Началось какое-то отторжение». Позволяет мужу проводить половой акт 1 раз в месяц (тогда он настаивает, ему надо, организм требует). Один раз ей даже было больно, она плакала, и у неё была истерика. В процессе половых актов влечение не появляется, она просто терпит, влагалище не увлажняется, внутри влагалища при фрикциях испытывает неприятные («шершавые») ощущения. Оргазм при половом акте не наступает, но если супруг воздействует на клитор, то может возникнуть. При этом она вспоминает какие-то сюжеты из порнофильмов, и тогда может возбудиться и закончить. Клитор муж стимулирует пальцами. Эта стимуляция бывает редко (раз в 3-4 месяца – раз в полгода). По собственной инициативе он не хочет это делать, а она не настаивает, так как у неё «просто такое воспитание». Предварительный период муж практически не проводит, а продолжительность самого полового акта составляет 2-3 мин. Предварительный период случается только по требованию пациентки, которое она далеко не всегда предъявляет.

Когда я попросил её подробно описать, в чем проявляется её сексуальное отвращение, она рассказала следующее: «Вот он подходит и начинает губы ко мне тянуть, и мне уже сам запах его неприятен становится, хотя раньше мне нравилось, как от него пахло, но запах тот же самый. Потом он начинает меня целовать, и эти слюни я вообще терпеть не могу, а раньше к ним нормально относилась. И борода колется. Мне это тоже не нравится, а раньше нормально воспринимала. Также мне не нравится, что он похудел. Такой худой стал, уже хуже меня, хотя он кушает хорошо. Но он сидит на диете из-за хронического заболевания желудочно-кишечного тракта. Он стал какой-то щупленький. У него уже такое телосложение, он уже на женщину похож. Раньше он такой не был. Он был упитанным и крепким, занимался спортом. А теперь говорит, что больной, чувствует себя плохо, и что у него болит живот». Сейчас с предложением провести половой акт муж нечасто к ней обращается. Знает, что она ему откажет. Она ему говорит: «Я не хочу, давай не сегодня, мне не хочется, давай лучше фильм посмотрим». Скандалы для того, чтобы отказаться от полового акта, не устраивает.

То, что описано в жалобах, началось больше года тому назад, но сначала пациентка не предавала этому значение. Связывает это с тем, что не воспринимает супруга как мужчину, так как он не работает, денег в семью не приносит, никаких домашних дел не делает. «Я его больше воспринимаю как брата или как сына своего». Она финансирует их семью. Родители ему помогают: могут его покормить, что-то купить, но в основном она и её муж живут на её зарплату. На неё можно прожить, но это не то, о чем она мечтала: никакого личного жилья, никакого хорошего отдыха в отпуску, невозможно купить что-либо существенное.

Любовника в течение всего периода замужества у неё не было, так как она очень верный человек. Супруг такой же.

Познакомились с будущим мужем как бывшие наркоманы (не инъекционные). Она употребляла кодеинсодержащие вещества и коноплю. И она, и он избавились от этой

зависимости. У них начались отношения. «Получается, что раньше мы были наркозависимые, а теперь стали созависимыми». Еще год тому назад в сексе было все хорошо, но при фрикциях тогда все равно не заканчивала. Для того, чтобы возник оргазм, нужно было воздействовать на клитор. Сообщает, что вообще любит позу наездницы, но он сам хочет быть сверху. В позе наездницы она могла кончать и без дополнительной стимуляции клитора.

Когда все это (сексуальное расстройство) случилось год назад, то перед этим никаких особенных ссор с мужем не было, но указывает, что её мама постоянно акцентировала её внимание на том, что её муж (пациентки) не работает, а должен работать и зарабатывать. Когда пациентка и её супруг поженились, он еще в течение 1-2 месяца работал, а потом сказал, что эта работа не для него. Ему не нравилась и обстановка в коллективе, где он работал.

На вопрос, как она относится к своему мужу, ответила следующее: «Никаких планов нет. Если бы у меня была своя жилплощадь, я бы ушла. Хотя бы на время. Я бы пожила сама отдельно. Может не все время, но какое-то время я бы сама пожила. Если он начнет зарабатывать и станет мужественным, то, может быть, чувства и вернуться».

К ней родители мужа относятся хорошо. С ними у неё конфликтов нет. По поводу того, что их сын не работает, они молчат, «у них какая-то своя система».

До существующего в настоящее время расстройства с сексом у неё все было в порядке. За жизнь у неё было 10 мужчин. Половую жизнь начала в 17 лет с молодым человеком. Переспали 1 раз, и она его больше никогда не видела. Тогда произошла дефлорация, особой болезненности не было, было очень мало крови. Второй мужчина был уже во время её обучения в ВУЗе. Со всеми мужчинами при половых актах все было нормально. Сексуальной психотравматизации и каких-либо жестких и болевых воздействий при половых актах не было. Один раз была боль при проведении анального полового акта (случайная одноразовая связь). Тогда перед этим сильно напилась (вообще аналь-

ным сексом не занимается). Изнасилований в течение жизни не было.

Половое воспитание в родительской семье не проводилось. Её мать и отец ненавидели друг друга. Мать ей всегда говорила, что «все мужики – козлы, и наш папа козел», но это секса не касалось. В родительской семье лидером была мама (родители развелись, когда ей было 12 лет). Пациентка также является лидером в собственной семье.

Платоническое либидо. В садике с 4-5 лет ей нравились мальчик и девочка. Девочка показывала, как взрослые целуются, и они с ней обнимались, целовались. Следует подчеркнуть, что в настоящее время у пациентки абсолютно гетеросексуальная ориентация.

Эротическое либидо пробудилось в 4-м – 5-м классе школы (в 11-12 лет). Ни с кем не встречалась, хотя были предложения. Отказывалась встречаться, так как ей никто не нравился, и она боялась.

Сексуальное либидо пробудилось в 16-17 лет еще до первого полового акта. Тогда появились фантазии, связанные с половым актом.

Мастурбация с 1-го класса, чисто механическая. Стимулировала пальцем клитор. Не помнит, чтобы в первый раз наступил оргазм, но вскоре он возник. При мастурбации не требовалось какого-то продолжительного времени, чтобы достичь оргазма. Мастурбировала 1 раз в месяц, иногда от скуки, но чисто механически. Сейчас тоже иногда мастурбирует (1 раз в 1-2 месяца). До этого всегда была такая же частота в течение продолжительного времени. Оргазм при мастурбации наступает всякий раз. Сейчас при мастурбации смотрит порно, где женщин насилюют, принуждают. (Вопрос: «Вам нравится, чтобы Вас принуждали?» Ответ: «Ну, наверно».). Лейсбийское порно не смотрит.

Эротические сновидения в последнее время 1 раз в 3 года. Первые эротические сновидения с 14 лет. Были 1 раз в 2-3 месяца. При эротических сновидениях оргазм не возникал. Снились ласки, поцелуи и половые акты, но половые акты были уже не столь важны.

Первый оргазм наступил при мастурбации в детстве (в 7 лет).

Месячные по 3-4 дня через 25 дней. Начались в 9 лет и были нерегулярными до 10 лет, а потом стали регулярными. Они никогда не нарушаются ни при каких неблагоприятных воздействиях, т. е. являются устойчивыми.

Не курит, алкогольные напитки не употребляет вообще, также как и её муж. Зависимость от наркотиков была у неё в течение 14 лет (с 2000 по 2014 г.). Хронических заболеваний нет, кроме хронического тонзиллита, к которому она приспособилась и который её сейчас не беспокоит.

Объективно: рост – 168 см, масса тела – 54 кг, размер бюстгалтера – первый. Усиков нет. На руках и ногах слабое оволосение. Лобок выбрит, но по опросу он с горизонтальной верхней границей.

Диагноз: психогенные сексуальная аверсия и ослабление либидо.

Обсуждение. Сексуальное расстройство развилось у пациентки как следствие психотравмирующих воздействий, обусловленных тем, что муж долгое время не работает и, естественно, ничего не зарабатывает. К этому следует добавить, что в результате хронической патологии желудочно-кишечного тракта ухудшились его внешние данные.

Интерес представляет и следующее наше клиническое наблюдение. Больная А., 25 лет, замужем 1 год, до этого в течение 5 лет была в «гражданском браке» со своим нынешним супругом, детей нет. Имеет высшее гуманитарное образование, по специальности не работает. Работает на одном из заводов, где оформляет заграничные командировки. Обратилась за лечебной помощью 26.08.2016 г. Мужу 30 лет, имеет высшее техническое образование, работает на заводе начальником участка. Живут с ним в однокомнатной съемной квартире.

Жалобы и анамнез. В течение 1,5 лет испытывает сексуальную аверсию к мужу. Когда он пытается её обнять, ощущает ползание мурашек на руках и на спине, чувство

комка в горле, желание плакать. В этот момент просит мужа, чтобы он к ней не приставал. Сначала это было обусловлено тем, что в течение 3 последних лет он играл в компьютерные игры и, по её мнению, не уделял ей достаточного внимания (**правда, выяснилось, что он играл в них изредка!**). Сексуальное влечение к мужу отсутствует.

Также пациентка вспоминает эпизод, когда они в течение примерно полугода жили на квартире его бабушки в Москве вместе с другими родственниками будущего мужа (его бабушкой, двоюродной сестрой и её мужем). Однажды дядя мужа – отец его двоюродной сестры – начал говорить о том, что бабушка скоро умрет, и нужно решить, как они будут делить квартиру. Пациентка возмутилась возможности обсуждения этого вопроса в таком ракурсе, и дядя начал на неё кричать («кто ты тут такая?»). Тогда она и её партнер еще не были женаты. **Последний воздержался от комментариев, и ей было это неприятно.** Сейчас для неё это неважно, но тогда было ударом, что их выставили на улицу. Интересно, что это сделала бабушка мужа, так как его родственники преподнесли ей все так, как будто именно пациентка подняла вопрос о том, как они будут делить квартиру бабушки, которая скоро умрет.

Кроме того, пациентка сообщает, что когда они жили в этой квартире, бабушка могла зайти в комнату, где они разместились, в любой момент, в том числе и тогда, когда они занимались сексом. Это было причиной их ссор.

Вторым безусловным фактором, который обуславливает существование сексуального расстройства (помимо компьютерных игр мужа), по мнению пациентки, послужили следующие обстоятельства. Когда сожители по предложению родителей мужа, которые обещали купить им квартиру, 3-4 месяца назад переехали из Москвы в Харьков, где и поженились, прямо на свадьбе его мама начала выяснять с пациенткой отношения. После этого они поссорилась. **Когда были ссоры со свекровью, супруг не защищал свою жену, и она почувствовала себя одинокой.** И сейчас себя такой чувствует. Родители мужа не только не ку-

пили им квартиру, но даже не захотели сделать дарственную на сына, так как боялись, что он может затем оформить документы, согласно которым его жена также будет владельцем квартиры. Мать мужа заявляла пациентке, что она не любит их сына и отобрала его у них. **Сначала муж был на стороне матери и обвинял свою жену в том, что причиной конфликтных отношений была именно она.** В настоящее время ни она, ни муж с его родителями не контактируют. Это стало результатом 3-4-часовых бесед супругов, во время которых пациентка говорила мужу, что его мать не должна вмешиваться в их отношения. Т. е. **через время супруг полностью принял её сторону. В настоящее время относится к мужу как к другу, говорит, что он надёжный, что она испытывает по отношению к нему доверие, и что он может защитить её от его родителей.**

Ей нравится внешность мужа, и неприятных запахов от него нет, однако половое влечение к нему отсутствует. Раньше испытывала по отношению к нему обиду, а сейчас – безразличие. Воспринимает его как друга, а не как мужа. Сейчас половой жизнью супруги живут 1 раз в неделю. Допускает мужа к себе, когда она выпьет алкоголь. Но в этих случаях оргазм у неё не возникает. Месяц тому назад закончился период, когда в течение 8 месяцев вообще не допускала его к себе. Муж терпит ограничения в половой жизни, любовницы у него нет. Они ругаются, пациентка считает себя виновницей ссор, так как связывает их со своей раздражительностью. Вообще же оргазм у неё наступает, но только тогда, когда она лежит на животе, а партнер располагается сзади и оказывает давление на лобок простыней, которая находится у неё между ног, или давит ладонью на лобок сверху вниз. Считает, что это связано с воздействием на клитор.

Четыре месяца назад рассталась с любовником, с которым встречалась 3-4 месяца. К нему аверсии не испытывала. Познакомились с ним в другом городе. Потом он приезжал к ней. Их встречи и, соответственно, половые акты бы-

ли редкими. Расстались с ним из-за того, что он проявил по отношению к ней агрессию (потаскал за волосы).

Помимо сексуальной аверсии, отмечает у себя чуткий сон (сколько себя помнит). В настоящее время после сна не чувствует себя отдохнувшей. Днем приходит в себя. После того как переехали в Харьков (3-4 последних месяца), имеет место повышенная раздражительность и вспыльчивость, что связывает с конфликтами с родителями мужа, а также с тем, что в течение 3 последних лет он играет в компьютерные игры. Также жалуется на чувство комка в горле, «стянутость» в области солнечного сплетения («кирпич»), постоянную тревогу. Эти симптомы тоже имеют место в течение 3-4 последних месяцев. Один месяц назад в течение 2-х недель ничего не хотела делать, даже отпрашивалась с работы. Лежала, ничего не делала, даже на улицу не выходила, испытывала из-за этого ненависть к себе. Объясняет это семейными дразгами.

В феврале 2016 года пациентке удалили фиброму матки. Гинеколог сказал ей, что от беременности следует воздерживаться 2-3 года. В связи с этим принимает контрацептивное гормональное средство новинет.

Менструации по 6-7 дней через 21 день, ранее (до начала приема данного лекарства) были по 5-6 дней через 28-29 дней. Курит 20 сигарет в день (муж не курит). Алкоголь употребляет 1 раз в неделю в виде красного полусладкого вина (может выпить бутылку). Наркотики не употребляет.

Объективно. Рост 165 см, масса тела 58-59 кг, носит второй размер бюстгалтера. Усики на лице не растут, вокруг сосков грудных желез волос мало. Мало волос на руках и ногах. Лобок выбрит. Сообщает, что оволосение на лобке с горизонтальной верхней границей.

Самохарактеристика пациентки. Я могу себя охарактеризовать как личность с такими чертами характера.

Отрицательные черты: несдержанность, вспыльчивость, непостоянство, недоверие к людям. После череды пережитых событий (имеет в виду эпизод, когда из-за наговора на неё бабушка мужа выставила их из своей квартиры

в Москве, и конфликты с матерью мужа) возникло резкое к ним недоверие и восприятие новых людей как личностей, которые обязательно ищут какую-то выгоду от общения с ней. «Ожидаю от каждого человека какой-либо подвох, пытаюсь просчитать ситуацию наперед: как человек, с которым я общаюсь, мог бы меня подставить. Зачастую так и случается, и я получаю наслаждение от того, что оказалась права. В тех же случаях, когда оказываюсь неправа, чувствую себя виноватой в том, что с недоверием отнеслась к людям, которые просто искренне хотели общаться. Так же отрицательными чертами своего характера считаю наклонность транжирить деньги и желание порой подавлять людей, которые пытаются в чем-то подавить меня, особенно в таких жизненных ситуациях, когда я не согласна с их мнением».

Положительные черты: умение быстро отходить после конфликтных ситуаций, милосердие (желание помогать людям, которые в этом нуждаются), отсутствие жадности, обладание лидерскими качествами, целеустремленность, чувство юмора.

Дополнительные исследования. С целью углубления представлений о характерологических особенностях пациентки, был использован опросник Леонгарда-Шмишека [8]. Полученные в результате компьютерной интернет-обработки результаты приведены нами в таблице.

26.09. 2016 г. Опросник Леонгарда-Шмишека [8]

Акцентуации характера	Ваше значение (0-24)	Комментарий
Демонстративность, истероидность	20	<i>признак акцентуации</i>
Застывание, ригидность	20	<i>признак акцентуации</i>
Педантичность	14	средняя степень выраженности свойства

Неуравновешенность, возбудимость	6	свойство не выражено
Гипертимность	18	средняя степень выраженности свойства
Дистимичность	9	свойство не выражено
Тревожность, боязливость	18	средняя степень выраженности свойства
Циклотимичность	21	<i>признак акцентуации</i>
Аффективность, экзальтированность	18	средняя степень выраженности свойства
Эмотивность, лабильность	21	<i>признак акцентуации</i>

Выявленные акцентуации характеризуются следующим образом [8]:

Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму, позерству. Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроения) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интри-

гам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании обычно связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка сильно далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

Застревающий тип. Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен «легко отходить» от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется, и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основными чертами является склонность к аффектам (обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в их проявлении, в мышлении и моторике.

Циклотимный тип характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Ему свойственны частые

периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у таких людей гипертимию (жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей); печальные – подавленность, замедленность реакций и мышления. Так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми.

Эмотивный тип. Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта – гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность. Такие люди впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескиваются» наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

Диагноз (сексологический). Сексуальная аверсия, отсутствие полового влечения (селективные варианты), развившиеся по конверсионному (истерическому) механизму.

Рекомендовано: когнитивные воздействия в состоянии бодрствования, гипносуггестивная терапия с включением когнитивного компонента.

28.08.2016 г. Проведен 1-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились внушения, направленные на:

- избавление от раздражительности и тревоги;
- заполнение организма покоем;
- появление полового влечения к мужу;
- возникновение приятных ощущений при его ласках и поцелуях;
- то, что муж – её защитник, выступает на её стороне, и что на него можно полностью положиться.

31.08.2016 г. Отмечает, что раздражительность и тревога уменьшились. Если до первого сеанса гипноза по 10-балльной шкале раздражительность условно составляла 10

баллов, то сейчас 5-6. Половое влечение к мужу не появилось. Если он ласкает её с перспективой дальнейшего проведения полового акта, то это вызывает неприятные ощущения, «мурашки» на руках, хочется оттолкнуть его, уйти в другое место. Чувство комка в горле уже не появляется. Отмечает, что с того момента, как обратилась ко мне за помощью, прекратила прием гитазепама (0,05), который употребляла утром по рекомендации подруги (это имело место при описанном нами выше её депрессивном состоянии, которое продолжалось две недели и имело место один месяц назад).

31.08.2016 г. Проведен 2-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились такие же внушения, как и на первом сеансе. Дополнительно суггестировалось, что при общении с мужем она будет спокойна и чувствовать себя комфортно.

02.09.2016 г. Состояние продолжает улучшаться. На работе абсолютно спокойна, не нервничает даже тогда, когда имеют место обычно «выводящие» её из себя воздействия. При общении с мужем тоже спокойна. Половой близости не было из-за отсутствия у неё желания. Сейчас неприятных ощущений при ласках и поцелуях мужа нет. Может даже обнять и поцеловать его. Половое влечение к мужу отсутствует, к другим мужчинам – сохранено.

02.09.2016 г. Проведен 3-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводилась суггестия, направленная на уменьшение повышенной раздражительности и вспыльчивости, заполнение организма покоем. Внушалось, что в любой ситуации, в том числе и при общении с мужем, она будет спокойной и уравновешенной. Также внушалось, что половое влечение к мужу усиливается, а его ласки и поцелуи ей приятны, так же как и фрикции члена во влагалище. Кроме того, программировалось нормальное течение полового акта.

05.09.2016 г. Половых актов с мужем не было. Каждую ночь снятся эротические сны. Речь идет о других мужчинах, которых не знает, но в последнем эротическом сновидении действующим лицом был известный ей актер. Полностью спокойна, сон хороший. Половое влечение к мужу отсут-

ствуется. В настоящее время, когда он её обнимает вне контекста половых актов, это не вызывает у неё негативных реакций, однако представление о половом акте с супругом вызывает отвращение и неприятие.

05.09.2016 г. Проведен 4-й сеанс гипносуггестивной терапии. Сделаны внушения, направленные на элиминацию сексуальной аверсии к мужу; усиление полового влечения к нему; на то, что ласки и поцелуи мужа ей приятны, также как и половые акты с ним. Вслед за гипносуггестивным программированием проводилось гипносуггестивное моделирование. Внушалось, и пациентка видела это, что муж её целует и ласкает, когда они находятся в помещении вдвоем. После первых приятных моментов, когда имели место положительные реакции на оказываемые воздействия, с началом их восприятия пациенткой в контексте возможного проведения полового акта эротические воздействия на её шею, которая является у неё выраженной эрогенной зоной, стали неприятны. Тогда исчезло зрительное представление (сюжет), что они находятся с мужем. Вместо этого в помещении, в котором они находились вдвоем, она увидела только себя одну. Потом моделировалось, что она находится в интимной обстановке с артистом, которого видела в последнем эротическом сновидении. При этом испытывала приятные ощущения, но как только я попытался заменить его лицо лицом её мужа, сразу возникло неприятие интимной близости (работа сопротивления).

10.09.2016 г. Спокойна. Так часто не просыпается, как до начала лечения, но сон короткий. Спит до 5 часов утра, а потом просыпается каждые 15 мин. Начал сниться муж, он четвертый день в командировке. Во сне видела, как проводит с ним половые акты (два дня назад ночью и сегодня во время дневного сна). Каждый раз при этих ночных эротических сновидениях возникал оргазм. Начала скучать по супругу.

10.09.2016 г. Проведен 5-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились внушения на улучшение сна, усиление полового влечения к мужу, возникновение приятных ощущений во время ласк и поцелуев с ним, программиро-

валось нормальное протекание полового акта с супругом, но без внушения наступления оргазма. Затем моделировался половой акт с ним. Когда видела, что муж её целует, «было нейтрально, но не противно». «Нейтрально и не противно» было и после введения члена во влагалище и при его фрикциях, т. е. аверсии практически не было.

16.09.2016 г. Скучает по мужу (он продолжает находиться в командировке). В бодрствующем состоянии порой представляет, как она занимается с ним сексом. Эротических снов за это время не было. Когда разговаривает с мужем по телефону, он «не узнает её», так как произошли существенные изменения: общается с ним лучше, подчас с нежностью. Стала ощущать его надежным для себя человеком, на которого можно положиться.

16.09.2016 г. Проведен 6-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились внушения, что муж надежный человек, на которого можно положиться и который её защитит. Также суггестировалось усиление полового влечения к мужу, возникновение приятных ощущений при его ласках и поцелуях, сопровождающихся сексуальным возбуждением. Затем программировался успешно протекающий половой акт. После этого моделировалось его проведение. При этом при ласках и поцелуях мужа (прелюдия) чувствовала приятные сладострастные ощущения, а при фрикциях испытываемые ею ощущения были нейтральными.

Таким образом, во время этого сеанса отмечался некоторый прогресс по сравнению с прошлым сеансом, так как тогда ощущения при ласках и поцелуях при моделировании полового акта были нейтральными.

21.09.2016 г. Муж в пятницу (16.09.2016 г.) вернулся из командировки. В субботу выпила 150 гр. красного полусладкого вина и появилось желание провести половой акт. Всё было хорошо: были полные хорошие ощущения. Никакой аверсии не было. Оргазм не наступил, но она и не стремилась его получить.

21.09.2016 г. Проведен 7-й сеанс гипносуггестивной терапии. При гипносуггестивном программировании проводились те же внушения, что и на предыдущем сеансе, но

дополнительно к этому суггестировалось насыщение организма покоем, а также то, что отныне пациентка будет спокойна всегда и везде. Кроме того, осуществлялись внушения, направленные на нормализацию ночного сна. Моделирование полового акта в этот раз не проводилось.

26.09.2016 г. Пациентка с мужем переехала с квартиры, которая находится в центре города, где они жили бесплатно у знакомых, на другую квартиру. За эту квартиру уже нужно было платить, к тому же она находится не в центре города. Данная квартира пациентке не нравится: «я там спать нормально не могу». Все не нравится в этой квартире (шкаф, кровать, «на которой неизвестно кто спал», и т. п.). Сексом вообще не хочется заниматься, эротических снов также нет.

10.10.2016 г. Неделю назад по настоянию супруги переехали на прежнюю квартиру. При этом потеряли значительную сумму, которую заплатили за съем квартиры, которая не понравилась. Тогда дней 10 болела гриппом, который осложнился гайморитом. Потом было 2 половых акта с мужем (один вчера, а другой за 5 дней до этого). Отмечает, что половое влечение к мужу вернулось полностью, сексуальной аверсии нет, оргазм наступает, т. е. все вернулось на круги своя.

16.10.2016 г. При половой жизни с мужем все нормально. 13.10.2016 г. муж уехал на полгода работать в Таиланд. Изменять ему не собирается.

Следует отметить заявление больной, что она даже не ожидала такого результата от лечения. За время его проведения она не принимала никаких медикаментов, хотя я и рекомендовал их прием.

Периодически на протяжении всего лечения мною проводились когнитивные воздействия. Так, объяснялось, что в некоторых случаях в основе расстройств может лежать механизм условной приятности / желанности (конверсионный или истерический механизм). Но это делалось в очень аккуратной и мягкой форме, так как при прямолинейном объяснении этого механизма («вам это выгодно») можно получить негативный эффект. Больные с истерическим характерологическим радикалом, который четко определяется у

нашей пациентки, даже могут прервать лечение, разозлиться на врача, посчитать его некомпетентным, а также создать ему негативную профессиональную репутацию. Мы объясняли пациентке, что, в частности, психологические проблемы могут проявляться различными симптомами, в том числе сексуальной аверсией и отсутствием полового влечения. Причиной же психологических проблем, которые привели к возникновению этих нарушений, явилось отношение к мужу, который не хотел защитить её от его родителей, с которыми она находится в ссоре. Более того, он принял их сторону. Мы сделали акцент на то, что в настоящее время он изменил свою позицию и стал всецело поддерживать жену, вплоть до того, что не только пациентка, но и он сам прекратили общаться с его родителями. Поэтому нами фиксировалась идея о том, что он надежный человек, поддерживающий её, который может её защитить. Мы осуществляли такие воздействия, несмотря на то, что к этому заключению она сама приблизилась к началу лечения, хотя эта идея и не возымела своего действия и она продолжала хранить на него обиду. Такие когнитивные воздействия также включались и в «ткань» гипнотических сеансов. Все это привело к улучшению её состояния. Негативный срыв случился в результате переезда на квартиру, которая ей не нравилась. Тогда её потеря интереса к сексу с мужем выполняла манипулятивную функцию: «давай вернемся в прежнюю квартиру, и все восстановится». Естественно, что сама пациентка этого не понимала. Как только они переехали на прежнюю квартиру, её сексуальные функции полностью нормализовались. Пациентка даже заявила, что она и не думала, что в результате лечения может быть достигнут такой результат.

Следует отметить, что в существовании сексуального расстройства у пациентки сыграли роль и другие, помимо демонстративной, акцентуации характера. Так, застревание и ригидность способствовали развитию долговременной обиды на родителей мужа и самого мужа. Обида на мужа сохранялась даже после того, как он полностью принял её сторону. Циклотимичность же могла послужить фактором,

способствующим возникновению у пациентки описанного нами депрессивного состояния, возникшего без внешних воздействий достаточной силы (развилось месяц назад и существовало в течение 2-х недель), в основе которого также мог находиться конверсионный механизм.

Для лучшего понимания конверсионного (истерического) механизма формирования патологии, приведу демонстративный пример из своей психотерапевтической практики. К нам обратилась женщина с жалобами на ощущение комка в горле. С этой жалобой она консультировалась у пяти или шести отоларингологов, но ни один из них не выявил у неё какой-либо соматической патологии и, соответственно, не порекомендовал ей никакого лечения. При обращении ко мне удалось выяснить следующее. Когда эта женщина вышла на пенсию, то уехала из Харькова в один из районов Харьковской области, где жила с одним мужчиной. Через некоторое время их отношения испортились, и у неё появилось чувство комка в горле. Тогда она приехала в Харьков и начала искать лечебную помощь. Однако её сожитель ни разу не позвонил ей и не поинтересовался состоянием её здоровья, что и поддерживало существование данного симптома, который служил сигналом, что он должен изменить свое отношение к ней. Практически со стопроцентной уверенностью можно прогнозировать, что если бы этот мужчина поинтересовался состоянием её здоровья, проявил какое-то участие, лучше бы стал к ней относиться, то этот симптом просто бы сам нивелировался, если не сразу, то в течение небольшого промежутка времени. В данном случае я не стал говорить пациентке, что чувство комка в горле – условно приятный / желанный для неё манипулятивный симптом, направленный на изменения отношения к ней мужчины. Вместо этого я объяснил ей, что конфликтные отношения с сожителем проявились на соматическом уровне (спазм мышц пищевода), и что нормализация этих отношений приведет к устранению патологического симптома.

Возвращаясь к обсуждаемому случаю сексуального расстройства, следует отметить, что всякий раз, за исклю-

чением нескольких раз (когда я являлся инициатором), даже находясь в другом городе в командировке, муж договаривался со мной о консультациях и лечебных сеансах пациентки. Я расценил это как проявление её установки, что он должен отработать вину своих родителей и свою, так как в свое время не защитил её от них.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бэндлер Р. (Bandler R.) Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреас и С. Андреаса / Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 168 с.
2. Голубцова Л. И. Малопрогридиентная шизофрения с сексуальными нарушениями у женщин. Автореф. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 15 с.
3. Келли Г. Ф. (Kelly G. F.) Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 896 с.
4. Кочарян Г. С. Глава 5. Гипносуггестивная терапия // Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
5. Кочарян Г. С. Сексуальная аверсия: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2003. – №9. – С. 7–14.
6. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 399 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: АДИС, 1994. – 304 с.
8. Опросник Леонгарда-Шмишека. – URL: <http://psychojournal.ru/schneiieschek.html> (дата обращения: 26.09. 2016).

9. Цзя М., Арава Д. А. (Chia M., Arava D. A.) СВЕРХВОЗМОЖНОСТИ МУЖЧИНЫ, ДОСТУПНЫЕ КАЖДОМУ. Сексуальные секреты, которые должен знать каждый мужчина / Пер. с англ. – М.: Либрис, 1996. – 320 с.
10. Цзя М., Цзя М. (Chia M., Chia M.) Даосские секреты. Совершенствование женской сексуальной энергии / Пер. с англ. – М.: Либрис, 1995. – 400 с.
11. Crenshaw T. L. The sexual aversion syndrome // J Sex Marital Ther. – 1985. – 11 (4). – P. 285–292.
12. Crenshaw T. L., Goldberg J. P., Stern W. C. Pharmacological modification of psychosexual dysfunction // J Sex Marital Ther. – 1987 – 13 (4). – P. 239–252.
13. Crooks R., Baur K. Our Sexuality. Fourth Edition. – The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., 1990. – 850 p.
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
15. DIAGNOSTIC CRITERIA From DSM-IVTM. Fifth printing. – Washington: American Psychiatric Association, 1996.
16. Green M. S., Naumann R. W., Elliot M., Hall J. B., Higgins R. V., Grigsby J. H. Sexual dysfunction following vulvectomy // Gynecol. Oncol. – 2000 – 77 (1). – P. 73–77.
17. Kaplan H. The Illustrated Manual of Sex Therapy. – New York: Brunner/Mazel, 1987.
18. Kaplan H. S. The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation. – New York: Brunner/Mazel, 1995.
19. Katz R. C., Frazer N., Wilson L. Sexual fears are increasing // Psychol. Rep. – 1993 – 73 (2). – P. 476–478.
20. Katz R. C., Gipson M., Turner S. Brief report: recent findings on the Sexual Aversion Scale // J. Sex Marital Ther. – 1992. – 18 (2). – P. 141–146.

21. Katz R. C., Jardine D. The relationship between worry, sexual aversion and low sexual desire // J Sex Marital Ther. – 1999. – 25 (4). – P. 293–296.
22. Kocharyan G. S. (Кочарян Г. С.) On some aversive phenomena in sexual disorders clinic // Abstracts Book of 16th World Congress of Sexology. – Havana, March 10–14, 2003. – P. 10.
23. Kolodny R., Masters W., Johnson V. Textbook of Sexual Medicine. – Boston: Little, Brown, 1979.
24. LETTERS TO THE EDITOR // Canadian Journal of Psychiatry. – 2001. – 46 (6). – P. 559–564.
25. LoPiccolo J. Advances in diagnosis and treatment of sexual dysfunction. Paper presented at the Twenty-Eighth Annual Meeting of the Society for the Scientific Study of Sex. – San Diego, 19-22 Sept. 1985.
26. Marks I. M. Review of behavioural psychotherapy, II: sexual disorders // Am J Psychiatry. – 1981. – 138 (6). – P. 750–756.
27. Morgan J. F., Lacey J. H, Reid F. Anorexia nervosa: changes in sexuality during weight restoration // Psychosom Med. – 1999. – 61 (4). – P. 541–545.
28. Ponticas Y. Sexual aversion versus hypoactive sexual desire: a diagnostic challenge // Psychiatr Med. – 1992. – 10 (2). – P. 273–281.
29. Raboch J. S. Faltus F. Sexuality of women with anorexia nervosa // Acta Psychiatr Scand. – 1991. – 84. – P. 9–11.
30. Reed Geoffrey M., Drescher Jack, Krueger Richard B., Atalla Elham, Cochran Susan D., First Michael B., Cohen-Kettenis Peggy T., Arango-de Montis Iván, Parish Sharon J., Cottler Sara, Briken Peer, Saxena Shekhar. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // World Psychiatry – 2016. – 15 (3). – P. 205–221. DOI: 10.1002/wps.20354

31. Schover L. R., LoPiccolo J. Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire // *J Sex Marital Ther.* – 1982. – 8 (3). – P. 179–197.
32. Segraves R. T. Female Sexual Disorders: Psychiatric Aspects // *Canadian Journal of Psychiatry.* – 2002. – 47 (5). – P. 419–425.
33. Silva H. C., Carvalho M. J., Jorge C. L., Cunha Neto M. B., Goes P. M., Yacubian E. M. Sexual disorders in epilepsy. Results of a multidisciplinary evaluation // *Arq. Neuropsiquiatr.* – 1999. – 57 (3B). – P. 798–807.
34. Wiederman M. W., Pryor T., Morgan C. D. The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa // *Int J Eat Disord.* – 1996. – 19 (2). – P. 109–118.
35. Zerbe K. J. Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to Simpson and Rambert. 23rd Annual Conference of the American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists (1991, St Louis, Missouri) // *J Sex Marital Ther.* – 1992. – 18 (1). – P. 55–64.

ГЛАВА 2

ДИСПАРЕУНИЯ

Диспареуния – это боль в гениталиях, которая ощущается до, во время или после полового акта. По нашему мнению, о диспареунии можно говорить и тогда, когда боль неорганического происхождения возникает и вне полового акта (не только перед ним или непосредственно после него) и связана с сексуальной проблематикой, а также когда речь идет не только о боли, но и о выраженном физическом дискомфорте в гениталиях, испытываемом при коитусе. Данная патология была нами ранее подробно описана [3].

Частота

Dean A. Seehusen и соавт. [44] отмечают, что диспареуния имеет место приблизительно у 10-20% женщин США. K. R. Mitchell и соавт. [37] в результате опроса 6669 сексуально активных женщин Британии в возрасте от 16 до 74 лет выявили, что о болезненном сексе сообщили 7,5% женщин, из которых у четверти он имел место очень часто или всегда в течение ≥ 6 месяцев, что вызывало дистресс. Болезненный секс был тесно связан с другими сексуальными проблемами, особенно с сухостью влагалища, тревогой по поводу секса и отсутствием удовольствия от него. Это корреспондировалось с неодинаковым уровнем интереса к сексу, а также с тем, что он был нежелательным. Также была обнаружена ассоциация с показателями психологического и физического здоровья, включая симптомы депрессии. Доля лиц, сообщивших о болезненном сексе, была наиболее высокой среди самых молодых женщин (16–24 года) и женщин в возрасте 55–64 лет.

Aaron Glatt и соавт. [27], оценив результаты опроса 313 женщин, выявили, что у 122 (39,0%) из них никогда не отмечалось болей, связанных с половым актом, т. е. 61% женщин когда-либо испытывали эти боли.

Место в современных классификациях

В Международной классификации 10-го пересмотра (МКБ-10) есть шифр F.52.6 («диспареуния неорганической природы» [«nonorganic dyspareunia»]), где она определяется как боль во время полового акта, которая возникает как у мужчин, так и у женщин. Часто она может быть обусловлена местной патологией. В этих случаях её следует кодировать соответствующим образом. Однако в некоторых случаях важными могут быть эмоциональные факторы. Этот диагноз должен использоваться только в случаях отсутствия другой, в данном случае первичной по отношению к возникновению болей, сексуальной дисфункции (например, вагинизма или влагалищной сухости) [10].

МКБ-10 также содержит код «диспареуния» [«dyspareunia»] (N94.1), где речь идет об органическом генезе расстройства. В МКБ-11 были внесены определенные изменения в классификацию сексуальных расстройств [41]. Так как ВОЗ стремилась держаться подальше от жесткого разделения разума от тела, так как считает его устаревшим, органические и неорганические расстройства были объединены. Диспареуния в МКБ-11 имеет код GA12 [31].

В последней американской классификации сексуальных расстройств 2013 г., которая нашла отражение в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-V) [24], используется термин «Генитально-тазовая боль / расстройство пенетрации» («Genito-pelvic pain/penetration disorder». – 302.76). В данном случае речь идет о совокупном диагнозе, объединяющем вагинизм и диспареунию. Решение о необходимости постановки такого обобщенного диагноза в данной классификации было принято со ссылкой на тот факт, что обе названные сексуальные дисфункции являются в высокой степени коморбидными и трудно различимыми.

В DSM-V выделяют следующие критерии этого объединенного расстройства [24]:

A. Стойкие или повторяющиеся трудности с одним (или несколькими) из следующего:

1. Влагалищное проникновение во время полового акта.
2. Выраженная вульвовагинальная или тазовая боль во время вагинального полового акта или попытки проникновения.
3. Выраженный страх или беспокойство по поводу вульвовагинальной или тазовой боли в ожидании, во время или в результате вагинального проникновения.
4. Отмечается напряжение или сжатие мышц тазового дна при попытке влагалищного проникновения.

B. Симптомы критерия A сохраняются в течение как минимум 6 месяцев.

C. Симптомы и критерии A вызывают клинически значимый стресс у индивидуума.

D. Сексуальная дисфункция не лучше объясняется не-сексуальным психическим расстройством или как следствие тяжелого расстройства отношений (например, насилие партнером), или другими значимыми стрессорами и не связана с воздействием какого-либо вещества / лекарства или другого медицинского состояния (расстройства).

Рекомендуется выделять расстройства, существующие с начала половой жизни (lifelong) или возникшие после периода относительно нормального сексуального функционирования (acquired), а также указывать их тяжесть, ориентируясь на испытываемый пациентами дистресс (слабый, умеренный, тяжелый). Трудность, связанная с вагинальным половым актом / проникновением (критерий A1), может варьироваться от полной неспособности к вагинальному проникновению в любой ситуации (половое сношение, гинекологическое обследование, тампонирование) до способности легко возникать в одной ситуации, но не появляться в другой.

Боли могут возникать в разных местах генитального отдела таза. Оценивается локализация боли, а также её интенсивность. Боль может быть как поверхностной (вульвовагинальной или возникающей во время проникновения), так и глубокой (тазовой, то есть не ощущаемой до более

глубокого проникновения). Боли в области тазового дна могут возникать не только при половом акте или механической стимуляции, но и спонтанно. Также рекомендуется характеризовать характер боли (например, жгучие, режущие, стреляющие, пульсирующие). Боль может сохраняться в течение некоторого периода времени после полового акта, а также возникнуть при мочеиспускании [24].

При оценке характеризуемого расстройства необходимо учитывать пять факторов, которые могут указывать на его этиологию и нацеливать на соответствующее лечение [24]:

1. Партнерские факторы (например, сексуальные проблемы партнера и состояние его здоровья).

2. Факторы, связанные с отношениями сексуальных партнеров (например, плохая коммуникация, различия в частоте возникновения желания сексуальной активности).

3. Индивидуальные факторы уязвимости (например, негативный образ тела, история сексуального или эмоционального насилия), сопутствующая психическая патология (например, депрессия, тревожность) или воздействие стрессоров (например, потеря работы, утрата).

4. Культурные / религиозные факторы (например, запреты на сексуальную активность; отношение к сексуальности). Так, сообщается, что в такой мусульманской стране, как Турция, отмечается чрезвычайно высокая частота этого расстройства.

- 5 Медицинские факторы, относящиеся к прогнозу, течению расстройства или его лечению.

Каждый из этих факторов может по-разному влиять на проявляющиеся симптомы у разных женщин с этим расстройством.

В характеризуемой классификации отмечается, что о повторяющихся болях во время полового акта сообщают приблизительно 15% женщин в Северной Америке.

Представления различных авторов

В отечественной литературе диспареуния называлась гениталгией. А. М. Свядош [12] отмечает, что гениталгиями (от лат. *genitus* – половой, *algia* – боль) называют болез-

ненные ощущения в области половых органов. Они, сообщает автор, могут быть как соматогенными, так и психогенными. В первом случае их причиной чаще всего являются воспалительные процессы или травмы половых органов, а во втором – психические факторы.

Т. Е. Агаркова (1986) выделяет следующие виды гениталгий: гениталгию «ожидания», гениталгию фрикционного периода, фрустрационную гениталгию и гениталгию вне копулятивного цикла. Она отмечает, что болевые ощущения чаще всего возникают после полового акта, если он не завершился оргазмом, реже в момент интроитуса или во время фрикций [по 12].

А. М. Свядош [12] сообщает, что психогенные гениталгии часто встречаются при вагинизме и коитофобии, а также могут быть проявлением истерического невроза (в настоящее время его обозначают термином «диссоциативное или конверсионное расстройство»). В последнем случае автор характеризует имеющие место боли как ноющие, режущие, стреляющие, колющие, «как мечом пронизывающие тело», а также заявляет, что речь может идти о парестезиях (ощущение ползания мурашек, зуда и т. п.). Локализация болей – чаще всего влагалище и нижняя часть живота, реже – наружные половые органы. Появляются они в начале полового акта или в его конце. Они могут сочетаться с чувством тошноты, «замиранием всего тела», стонами и экспрессивными движениями. Больные всячески избегают сексуальных контактов или даже полностью отказываются от них. Истерические гениталгии обуславливаются механизмом «бегства в болезнь», «условной приятностью или желательностью болезненного симптома». В этих случаях боль призвана избавить больную от несносной половой жизни, что связано либо с отсутствием удовлетворения при половых актах, либо с нежеланием жить половой жизнью с человеком, который стал противным (например, пьяным или грубым мужем). А. М. Свядош [12, с. 79–80] приводит следующий пример гениталгии, развившейся по этому механизму.

«Больная Р., 32 лет. Замужем 10 лет. Имеет двоих детей; 6 и 8 лет. Последние 2 года во время полового акта и после его окончания стала испытывать режущую боль в области влагалища, ноющие боли в крестце, стреляющие боли, исходящие из малого таза и иррадиирующие в область желудка, иногда чувство дурноты, замирание сердца. Последние месяцы половую жизнь почти полностью прекратила. С мужем и детьми стала раздражительна. Муж внимателен, заботлив. Она высоко ценит его как друга и отца детей. В первые годы замужества в половом отношении была холодной, к половой близости относилась равнодушно. После рождения второго ребенка несколько раз во сне возникало чувство оргазма. Три года назад была кратковременная половая связь с другим мужчиной, во время которой испытывала половое удовлетворение. Половая жизнь с мужем и после этого оргазмом не завершалась, но стала вызывать состояние фрустрации с последующими ноющими болями в крестце. К началу полового акта половые органы оставались сухими, и фрикции были болезненными. В дальнейшем боли стали нарастать и иррадиировать. Муж как сексуальный партнер противен. Хотела бы его оставить, но не решается это сделать из-за детей и из-за его высоких моральных достоинств. Допускает, что муж может в конце концов её оставить, так как её заболевание нарушает семейную жизнь. В процессе психотерапии больной разъяснена связь её боли с психотравмирующей ситуацией, с неосознаваемым желанием избежать половой жизни, ставшей ей неприятной, порвать отношения с мужем, спровоцировать его уход, возложить на него моральную ответственность за распад семьи. Проанализирована интимная сторона их семейной жизни, и указано на возможность достижения половой гармонии с мужем. Подчеркнута важность психологической перестройки отношения к нему и возникновения эротической настроенности. Проведено 4 сеанса гипнотерапии с внушением устранения боли и возникновения полового удовлетворения. Мужу назначен двухнедельный курс тиоридазина (сонапакс) для того, чтобы сделать его способным более длительно совершать по-

ловой акт. После 3-го сеанса гипноза впервые испытала удовлетворение с мужем. Гениталгия прекратилась. Половая жизнь с мужем нормализовалась».

В заключение автор отмечает, что в данном случае истерическая гениталгия возникла под влиянием психотравмирующей ситуации и устранилась, когда эта ситуация была разрешена.

А. И. Федорова [13; 14] выделяет психогенную и органическую диспареунию. Психогенная диспареуния, отмечает автор, может быть конверсионной и психосоматической.

Для **конверсионной диспареунии** характерно наличие смысловой связи с психотравмирующими факторами; отсутствие патологических структурных изменений гениталий; полиморфизм, неустойчивость, «образность» болевой симптоматики, её избирательность. Развитию конверсионной диспареунии способствуют:

- Воспитание в семьях с нарушенными полоролевыми отношениями.
- Конфликты в семье.
- Строгое, подавляющее воспитание, а также воспитание по типу повышенной моральной ответственности или потворствующей гиперпротекции; половое воспитание по типу замалчивания или негативизма.
- Задержки психосексуального развития и кроссполовые акцентуации полоролевого поведения; истерические личностные особенности женщины.

Психосоматической диспареунии свойственно развитие на фоне стрессовой ситуации; стойкость и монотонность, либо устойчивая периодичность болей; возможность структурных изменений гениталий, трактуемых как следствие дистрофических и застойных процессов; характерная динамика развития диспареунии с изначальным преобладанием астеновегетативных расстройств и постепенным увеличением соматического компонента расстройства. Развитию психосоматической диспареунии в наибольшей степени способствуют [13; 14]:

- Эмоционально отстраненные и неоднозначные отношения в родительской семье.
- Материнское эмоционально отвергающее воспитание или, наоборот, гиперопекающее, чрезмерно ограничивающее; закрытость семейной атмосферы для сексуальных аспектов жизни.
- Асинхронии психосексуального развития.
- Конституциональная уязвимость сексуального функционирования.
- Сенситивные и психастенические черты личности.
- Алекситимия;
- Насыщенный гинекологический болевой анамнез.

Для **конверсионной диспареунии**, отмечает цитируемый автор, характерны болезненные и неприятные ощущения в области входа во влагалище (в основном давление и спазм и в меньшей степени – зуд, жжение). Достаточно часто речь шла о ярких, образных ощущениях («жуткая», «дикая», «невыносимая» боль, «ощущение растекающейся огненной лавы» внизу живота). У двух женщин речь шла о болях, которые возникали только во время оргазма и имели характер резкого «спазма всех внутренностей» и «разливающегося кипятка», а потом переходили в «чувство униженности» («как грязью измазалась»). Боли при половом акте были полиморфны и изменчивы. У женщин с периодически возникающими жалобами отмечалась устойчивая связь болей как с изменением межличностных отношений партнеров, так и с контекстом проводимых половых контактов. Это позволяет расценивать болевую симптоматику как проявление символического отказа от полового акта, его неприятия в том или ином конкретном варианте [13; 14].

В группе пациенток с **психосоматической диспареунией** наиболее характерными были зуд и жжение в области входа во влагалище, диффузные умеренные боли, тяжесть внизу живота, а также разлитые боли, жжение в проекции матки. Чаще всего жалобы были монотонными, неопределенными, стереотипными, изнурительными. Больные обычно терялись, пытаясь уточнить характер ощущение

ний, не подчеркивали демонстративно их выраженности, а сила переживаний нередко выявлялась только при задавании дополнительных вопросов и обсуждении возникших для половой жизни последствий. Постоянные и периодически возникающие боли имели место одинаково часто (29,3%). Часто (39,0%) отмечалось прогрессирующее течение заболевания – исследуемые отмечали тенденцию к усилению болей, нарастанию и утяжелению симптоматики, присоединение дополнительных патологических ощущений. Диспареунические жалобы большей частью появлялись во время фрикций и после полового акта. Особенно характерным было длительное сохранение болей после полового акта [13; 14].

У. Мастерс и соавт. [9] сообщают, что диспареуния встречается в любом возрасте, а боль, возникающая при этой патологии, может появляться в начале полового акта, в его середине, во время оргазма или после завершения коитуса. Характер болей у женщин следующий – жжение, сильная острая боль или спазмы. Локализуются эти ощущения во влагалище, в глубине тазовой области или в брюшной полости. По наблюдениям авторов, примерно 15% взрослых женщин несколько раз в год испытывают дискомфорт при половом акте.

Они сообщают, что диспареуния одинаково часто обусловливается влиянием психосоциальных и органических факторов. Причиной дискомфорта при половом сношении может стать любой фактор, ослабляющий увлажнение влагалища, например, антигистаминные препараты, некоторые транквилизаторы и марихуана. Такой же эффект может быть обусловлен диабетом, инфекциями влагалища и эстрогенной недостаточностью. Среди других причин женской диспареунии цитируемые авторы называют следующие [9, с. 531-532]:

1. Поражения кожи вокруг отверстия влагалища или затрагивающие вульву.
2. Раздражение или инфекция клитора.
3. Анатомические изменения отверстия влагалища, например, рубцы, оставшиеся после эпизиотомии; интактная девственная плева или хроническая ин-

фекция остатков девственной плевы, растягивающихся во время полового акта; инфекция бартолиновых желез.

4. Функциональные расстройства мочеиспускательного канала или прямой кишки.
5. Патология влагалища: инфекция, послеоперационные рубцы, истончение стенок влагалища (возрастное или вызванное недостаточностью эстрогена) и раздражение, вызванное химическими веществами, содержащимися в противозачаточных средствах или средствах для спринцевания.
6. Заболевания половых органов: инфекции, опухоли, аномалии шейки матки, разрывы связок, поддерживающих матку.

Р. Крукс, К. Баур [8] сообщают, что коитальные боли могут возникать как у мужчин, так и у женщин, хотя данная проблема «наиболее часто» встречается среди женщин. Отмечается, что диспареуния в тот или иной период своей жизни имеет место как минимум у 60% женщин (Jones и соавт., 1997). Авторы называют следующие причины диспареунии у женщин [8]:

- Недостаточное сексуальное возбуждение и малое количество лубриката (смазки) может привести к дискомфорту, испытываемому в зоне входа в вагину или её стенок. Малое количество лубриката может объясняться также недостаточным уровнем эстрогенов. В этих случаях в качестве симптоматического средства рекомендуется использовать смазывающие желе, что может временно решить проблему. Однако для полного её решения необходимо выяснить причину дискомфорта и прибегнуть к соответствующему лечению.
- Дрожжевые, бактериальные и трихомонадные инфекции вызывают воспаление стенок вагины, что, в свою очередь, может вести к появлению болезненных ощущений при половом акте. Такие воспаления часто связаны и с гиполубрицацией, что может вызывать

раздражение стенок вагины и увеличивает вероятность вагинальных инфекций.

- Использование пенки, контрацептивных кремов или желе, а также презервативов или диафрагм у некоторых женщин тоже может вызывать раздражение вагины.
- Воздействие на неповрежденную или не до конца разорванную девственную плеву.
- Инфекция бартолиновых желез или образование рубцов вблизи входа (Brashear & Munsick, 1991).
- Воспаление стенки мочевого пузыря также может вызывать умеренные или сильные боли во время полового акта.
- Причиной тяжелых болей у входа в вагину может являться синдром вульварного вестибулита (vulvar vestibulitis syndrome). При этом, как правило, образуется небольшая область покраснения, очень болезненная даже при легком нажатии. Однако она может быть настолько маленькой, что её трудно обнаружить даже медицинскому работнику (Koglin, 1996).
- Иногда смегма накапливается под капюшоном клитора и может вызывать неприятные ощущения, когда капюшон открывается при сексуальной стимуляции. Для предотвращения данной проблемы следует промывать клитор и его капюшон.
- Колебание (движения) яичников или растяжение маточных связок во время коитальных толчков могут вызывать болевые ощущения в глубоких отделах тазовой области.
- Женщины могут испытывать подобный дискомфорт только в определенных позициях. Средством первой помощи является отказ от этих позиций или движений, усиливающих боль. Некоторые женщины хорошо контролируют свои движения тазом во время коитуса. Поэтому они могут чувствовать себя более уверенно, так как им легче избежать возникновения болезненных ощущений.

- Болевые ощущения могут возникать в определенные периоды менструального цикла. У некоторых женщин они возникают только в период овуляции.
- Причиной болей в глубоких тазовых тканях может являться эндометриоз, так как он способен препятствовать свободному движению внутренних половых органов. Это нарушение характеризуется тем, что клетки эндометрия (внутреннего слоя стенки матки) разрастаются за пределами этого слоя. Для контроля разрастания этих тканей во время месячного цикла иногда прописывают противозачаточные таблетки (Reiter & Milburn, 1994).
- Гинекологические хирургические операции по удалению рака матки или яичников также могут явиться причиной диспареунии.
- Инфекции матки, такие как гонорея, также могут обуславливать возникновение боли при половом акте. Если в результате инфекции образуется большое количество рубцовых тканей, может возникнуть необходимость в операции.
- Разрыв связок, удерживающих матку в тазовой полости, обусловленный родами и изнасилованием, может явиться причиной болей при половом акте. Полностью или частично устранить эту проблему поможет хирургическая операция.
- Психологические факторы также могут способствовать развитию диспареунии. Это могут быть:

а) информационные воздействия в раннем детстве, которые вызывают негативные представления и страхи, связанные с половым актом;

б) проблемы в отношениях, затрагивающие сексуальный опыт.

Р. Крукс, К. Баур [8] уделяют внимание диспареунии у мужчин, у которых, хотя и редко, при половом акте возникают боли. Они называют следующие их причины:

- Мужчина может испытывать боль при эрекции, если

крайняя плоть необрезанного члена слишком тугая. В этих случаях показана микрохирургическая операция.

- Накопление смегмы или инфицирование «под крайней плотью» может вызвать раздражение головки пениса во время сексуальной стимуляции. Это может быть следствием несоблюдения гигиенических правил ухода за пенисом. Чтобы это предотвратить, рекомендуется регулярно оттягивать крайнюю плоть и промывать головку члена водой с мылом.
- Проблемы и инфекции уретры, мочевого пузыря, предстательной железы и семенных пузырьков могут вызывать жжение, зуд или боль во время или после эякуляции (Davis & Noble, 1991).
- Болезнь Пейрони. При этом заболевании в пространстве над и между пещеристыми телами пениса образуются волокнистые (фиброзные) ткани и отложения кальция. Этот фиброз вызывает болевые ощущения и изгиб пениса во время эрекции. В тяжелых случаях это заболевание может препятствовать эрекции и половому акту (Devine, 1997). В данном случае нужно проводить соответствующее лечение.

Мы в своей практической работе неоднократно встречались со случаями, когда из-за узкой крайней плоти при напряжении полового члена возникали болевые ощущения. Помимо этого, крайняя плоть сдерживала нарастание эрекции. В этих случаях мы рекомендовали пациентам обращаться за лечебной помощью к урологу для осуществления соответствующих хирургических мероприятий.

А. М. Свядоц [12] отмечает, что иногда в климактерическом периоде наблюдается усиление полового влечения, которое сопровождается периодическими приливами крови к гениталиям, вызывающими парестезии. В случаях, когда усилившееся половое влечение не реализуется в половой жизни или при мастурбации и подавляется, это может привести к усилению парестезий и переходу их в ощущение зуда в области половых органов. В дальнейшем последний

начинает возникать и вне отчетливой связи с половым возбуждением («нервный зуд»).

Цитируемый автор также сообщает, что гениталгии могут иметь место при воспалении чревного / солнечного сплетения (солярите), ганглионитах, вовлечении в патологический процесс преимущественно волокон вегетативной чувствительной иннервации (вегеталгии), воображаемых (фантомных) гинекологических болях, поражении крестово-маточных связок, аллергических реакциях на сперму и др. [12]

Также следует иметь в виду, что резкий зуд в области наружных половых органов следует дифференцировать с симптоматическим зудом при сахарном диабете и других заболеваниях.

Психогенные гениталгии, пишет А. М. Свядощ [12], следует дифференцировать от сенестопатически-ипохондрического синдрома у больных шизофренией. Для последней, помимо алгий, характерно появление сенестопатий (необычных ощущений) в области половых органов. Это может быть, например, чувство «лопающихся пузырьков во влагалище», «слипания и разлипания стенок влагалища», «раздувания матки».

Лори Дж. Хайм (Lori J. Heim) [15; 30] приводит список заболеваний и состояний, которые могут быть причиной болей, связанных с половыми актами. Среди них:

- вагинизм
- атрофический вагинит и недостаточная лубрикация
- вульводиния
- вульварный вульвит
- инфекции
- вирус папилломы человека
- вирус простого герпеса
- воспалительное заболевание таза
- хронический сальпингит, эндометрит
- эндометриоз, миома матки, спайки в полости таза;
- патология придатков

- ретроверсия матки, ослабление тонуса дна таза
- хронический цервицит
- застойные явления в полости таза
- мочеполовые расстройства
- патология уретры
- цистит
- интерстициальный цистит

Этот же автор [15] приводит таблицу, в которой отражены сведения, позволяющие дифференцировать часто встречающиеся расстройства, при которых имеют место боли, связанные с половыми актами (табл. 1).

Цитируемый автор [15] отмечает, что боль может возникнуть до входа или в процессе входа в вагину, а также когда пенис уже находится во влагалище. Локализация боли может служить ориентиром для определения её этиологии.

Таблица 1.

Дифференциация часто встречающихся расстройств, при которых имеет место болезненность половых актов

Диагноз	Ключевые моменты	Этиология	Данные физикальных исследований	Оценка следующих шагов*
Диспареуния	Боль при входе, во влагалище или глубокая боль	Неизвестна, может быть связана с другими расстройствами, перечисленными в данной таблице	Нет признаков, указывающих на наличие других расстройств, перечисленных в данной таблице	Очевидно, показано психологическое обследование
Вульводиния	Четкие указания на боль при входе, жжение, раздражение; малый эффект от предшествующего лечения; боль в ситуациях, когда	Часто неясна; возможно, инфекции или раздражающие вещества	Кожа не изменена или легкая эритема; выраженная болезненность при пальпации; если имеются очаги лейкоплакии, язвы,	Тщательный осмотр; кольпоскопия и биопсия подозрительных очагов; аппликация уксусной кислоты на открытые

	вульва испытывает давление (в положении сидя, при езде на велосипеде)		пигментные образования или узелки, то подозреваем другую патологию	зоны
Вульварный вульвит (подтип вульводинии)	Четкие указания на боль при входе; болезненное воспаление вульварной зоны вульвы; тупая ноющая боль, жжение или зуд	Неизвестна	Плоская эритема без изъязвлений; интенсивность эритемы может быть разной, её края четкие или размытые; чрезвычайная болезненность при прикосновении ватной палочкой	То же, что выше
Вагинизм	Четкие указания на боль при входе; непроизвольный спазм мышц вокруг входа во влагалище; трудности с введением пениса, тампона или пальца	Неизвестна, возможна рефлекторная реакция мускулатуры либо психологические факторы	При пальпации – спазм вагинальной мускулатуры; трудно ввести зеркало	Физикальное исследование; возможно, показано психологическое исследование, при этом особо важен анамнез
Атрофия тканей или нарушенная лубрикация	Четкие указания на боль при входе; боль во влагалище; сухость влагалища; трение; раздражение; трудности и боль при введении	Дефицит эстрогенов; трудность наступления возбуждения; уменьшенная лубрикация и недостаточное растяжение влагалища; хирургические вмешательства	Тщательный осмотр, уделять внимание лобковому оволосению, полноте половых губ, целостности слизистой влагалища, глубине трещинам, насколько легко травмируется слизистая влагалища	В зависимости от данных физикального исследования; обсудить роль прелюдии, механизмы фазы возбуждения и какие ощущения при этом бывают

Эндометриоз и тазовые спайки	Глубокая боль; цикличная боль, связанная с месячными; жалобы на то, что «как будто туда что-то вталкивают»	Этиология эндометриоза неясна; для тазовых спаек – хирургические вмешательства / инфекции в анамнезе	Узелки; матка и придатки малоподвижны	Лапароскопия
Патология придатков	Глубокая боль, может локализоваться с одной стороны	Кисты, инфекции	Матка в ретроверсии; опущение матки; увеличение матки	Лапароскопия
Ретроверсия матки; ослабление тонуса тазового дна; миомы матки	Глубокая боль	Особенность анатомического расположения	Выделения; патологические очаги; шейка легко травмируется; матка болезненна при пальпации либо боль при смещении шейки	Попробовать другие позы при сексе
Хронический цервицит; воспалительное заболевание таза; эндометрит	Глубокая боль	Инфекции	Без особенностей	Кольпоскопия, посев, лапароскопия
Застойные явления в полости таза	Боль после сношения; глубокая боль; боли в тазовой области	Неизвестна	Болезненность при пальпации уретры и мочевого пузыря	По характеру болей
Заболевания уретры; цистит; интерстициальный цистит	Чувство давления над лобком, частое мочеиспускание, nocturia, позывы	–		Анализ мочи; посев мочи (при интерстициальном цистите результаты отрицательны)

**Психологические факторы могут быть частью самовоспроизводящихся кругов боли, и их наличие следует проверять при патологии всех видов.*

Диспареуния поверхностная / на входе, отмечает Лори Дж. Хайм (Lori J. Heim) [15; 30], может развиваться как осложнение разнообразных болезней, поражающих губы и преддверие. В этих случаях боль чаще всего сочетается с вагинизмом и скудной лубрикацией при недостаточном возбуждении [49]. Эта локализация диспареунии может отмечаться при атрофии, вульводинии, грибковом или бактериальном вагините, вульварной дистрофии. Диспареуния на входе может возникать вследствие атрофических изменений при низком уровне эстрогенов, однако при этом боль обычно распространяется на стенки влагалища. При тщательном обследовании выявляются язвы и трещины. Причиной поверхностной диспареунии может стать инфицирование вирусом простого герпеса (Herpes Simplex Virus; HSV) или вирусом папилломы человека (Human Papillomavirus; HPV), хотя роль HPV в этих случаях является спорной [21; 32]. Очаги поражения при инфекции HSV легко распознаются визуально или пациентка сообщает, что ранее отмечалось вскрытие пузырьков, а боль при половых актах ограничивалась временем активной инфекции. При обследовании отмечается болезненность вдоль уретры или при пальпации мочевого пузыря, а это свидетельствует об уретрите, дивертикуле уретры или уретральном синдроме [47].

Глубокая диспареуния, сообщает Лори Дж. Хайм (Lori J. Heim) [15; 30], может возникать при атрофических изменениях и недостаточной лубрикации, что вызывает неприятную сухость и мешает фрикциям при движениях пениса. При возбуждении полость влагалища может не удлиняться и не расширяться, что может сопровождаться неприятными ощущениями, особенно при коитусе в некоторых позах или при давлении пениса на шейку матки. Боль, которая возникает при глубоких фрикциях, иногда описывается словами «как будто что-то вбивается внутрь». Этиологическим факторам диспареунии данной локализации могут быть эндометриоз, спайки в малом тазу и застойные явления в нем [16; 19; 23; 47]. Более редкими причинами диспареунии глубокой локализации являются патология придат-

ков, эндометрит и рубцевание при воспалительных заболеваниях органов таза. Такую боль испытывает меньшинство женщин с ретроверсией матки и с ослаблением тонуса тазового дна.

Данный вид диспареунии также могут вызывать нарушения со стороны мочевыделительной системы. Цистит и интерстициальный цистит вызывают боль, которая появляется при наполнении мочевого пузыря. Больные жалуются на чувство давления над лобком, частое мочеиспускание (в том числе, по ночам) и сильные позывы без резей. Воспаление толстого кишечника и синдром раздраженной кишки могут приводить к диспареунии, но они гораздо чаще сочетаются с другими тазовыми заболеваниями, сопровождающимися хроническими болями [16].

Лори Дж. Хайм [15] приводит таблицу, в которой в зависимости от локализации боли в половых органах называются вызывающие её расстройства (табл. 2).

Таблица 2.
Патология, связанная с диспареунией при входе и на глубине

При входе	На глубине	На обоих уровнях
Вульвдиния Вульварный вульвит Вагинизм Вагинит Уретрит	Эндометриоз Спайки в тазу Патология при датков Ретроверсия матки Хронический цервицит, воспалительное, заболевание таза, эндометрит Застой в полости таза Патология уретры	Диспареуния Недостаточная лубри- кация (более типична боль при входе) Вагинальная атрофия После беременности

Мы в своей практической работе придерживаемся разделения диспарунии на психогенные, соматогенные и смешанные варианты. В свою очередь психогенную диспареунию мы подразделяем на фобическую и конверсионную (истерическую) формы. В первом случае речь идет о боязни появления боли, связанной с негативными представлениями о половом акте, что может быть следствием нега-

тивных и неадекватных информационных воздействий в период взросления («половой акт непременно сопряжен с болью и выраженным кровотечением»). Причиной фобической формы диспареунии может быть и негативный сексуальный опыт, когда половые акты по той или иной причине сопровождались болью (недостаточная лубрикация влагалища или её отсутствие, очень крупный пенис партнера, изнасилование, весьма болезненная дефлорация). В основе конверсионной диспареунии лежит механизм условной приятности / желательности. В этом случае женщина не хочет жить половой жизнью с определенным мужчиной (плохие отношения, отсутствие сексуального удовлетворения при сексуальных контактах с ним). Боль в данном случае является фактором, который позволяет уклоняться от половой активности, хотя в подавляющем большинстве случаев женщина может этого и не осознавать. Возможно и сочетание этих двух форм не только друг с другом, но и с органической диспареунией.

В настоящее время в клинической медицине используется биопсихосоциальный подход. Поэтому можно говорить и о социогенных диспареуниях. Социогенные влияния на самом деле могут играть большую роль в генезе диспареуний. Вместе с тем социогенные влияния воздействуют через психику человека, конвертируясь в психогенные влияния. Т. е. происходит их интериоризация. По этой причине социогенный вариант диспареунии можно отдельно и не выделять.

Общие рекомендации по устранению диспареунии и её лечению

Существуют общие рекомендации при болях во время полового акта. Они могут быть уменьшены за счет [51]:

- использования лубрикантов на водной основе;
- более длительной прелюдии, которая способствует естественной лубрикации;
- улучшения отношений между сексуальными партнерами;
- подбора сексуальных поз, которые минимизируют глубокую боль или возможность её возникновения;

- соблюдения правил гигиены половых органов и безопасного секса, а также регулярных медицинских осмотров, которые помогут предотвратить инфицирование мочевых и половых органов, которое может способствовать болезненному общению.

Также существуют следующие рекомендации, направленные на уменьшение генитальных болей [52]:

- занимайтесь сексом, когда вы и ваш партнер расслаблены;
- будьте откровенны с вашим партнером относительно вашей боли;
- опорожните мочевой пузырь перед сексом;
- примите теплую ванну перед сексом;
- принимайте обезболивающие средства перед сексом;
- приложите пакет со льдом к вульве, чтобы уменьшить жжение после секса.

Для лечения диспареунии также используются упражнения Кегеля, что позволяет помочь расслабить вагинальные мышцы и снизить уровень боли. Идентификация этих мышц проводится во время остановки мочеиспускания при его осуществлении. Если мочеиспускание удалось остановить, то эти мышцы найдены. Упражнения рекомендуется проводить согласно следующей инструкции: «Сожмите и удерживайте эти мышцы в течение 10 секунд, затем расслабьте их в течение 10 секунд. Повторите 10 раз, три раза в день». При выполнении этих упражнений полезно практиковать техники глубокого дыхания [51].

Известная Mayo Clinic (США) приводит следующие общие рекомендации для лечения диспареунии [38]. Отмечается, что варианты лечения варьируются в зависимости от причины боли. Рекомендуется направить усилия на лечение заболевания, которое её вызывает, что может привести к ликвидации болей в гениталиях. Также следует проанализировать, не является ли сухость влагалища, вызываемая приемом некоторых лекарств, причиной возникновения болей и дискомфорта при проведении полового акта. Если это

так, то следует сменить используемые лекарства. У многих женщин в постменопаузальном периоде диспареуния может быть обусловлена недостаточной лубрикацией вследствие низкого эстрогенного уровня. Часто это можно лечить с помощью местного эстрогена, наносимого непосредственно на влагалище. Существует препарат оспемифен (Osphena) для лечения диспареунии средней и тяжелой степени у женщин, имеющих проблемы с увлажнением влагалища. Оспемифен (Ospemifene) оказывает эстрогенное действие на слизистую оболочку влагалища. Другим лекарством для ослабления болей при половом акте является прастерон (Intrarosa). Это капсула, которую следует помещать во влагалище ежедневно.

Также для лечения диспареунии используется десенсибилизирующая терапия. Изучаются упражнения для расслабления влагалища, которые могут уменьшить боль. Если секс был болезненным в течение некоторого времени, то даже после лечения может иметь место отрицательный эмоциональный ответ на сексуальную стимуляцию. Если партнеры из-за генитальной боли избегали сексуальных контактов, то целесообразной может быть помощь консультанта в улучшении общения с партнером и восстановлении сексуальной близости. Полезной в изменении негативных моделей мышления и поведения может быть когнитивно-поведенческая терапия [38].

James Sorensen и соавт. [46] в своей статье, где даны рекомендации по лечению боли при сексе, отмечают, что с целью охватить все аспекты боли (физический, эмоциональный и поведенческий), следует придерживаться мультимодального подхода. Вначале прибегают к консервативным неинвазивным вмешательствам. Этому предшествует предоставление женщинам общих рекомендаций, которые могут играть положительную роль, а также их обучение анатомии женских половых органов. Рекомендуется минимизировать раздражение вульвы: носить 100% хлопковое белье; применять не содержащие консерванты и спирт смягчающие или смазывающие вещества во время полового акта; избегать использования раздражающих веществ

(например, духов, красителей, шампуней, моющих средств), жесткого мыла, спринцевания и сушки волос в области вульвы.

Dean A. Seehusen и соавт. [44] сообщают, что следует прибегать к «образовательному» обследованию таза, что предполагает участие пациентки, которая держит зеркало, пока врач объясняет результаты, полученные при обследовании. Это обследование может улучшить контроль пациентки и её самооценку, уточнить результаты обследования.

Психотерапия

Для лечения диспареунии используется как психотерапия, так и биологические методы лечения. Психотерапия может быть ведущим или даже единственным средством, когда речь идет о психогенных формах этого расстройства, а в случаях органической детерминации выполнять вспомогательную роль. В терапии диспареунии большую роль играют **когнитивные воздействия**, особенно когда речь идет о психогенных её вариантах. Так, при фобической форме диспареунии усилия следует направлять на выявление факторов, которые привели к возникновению боязни проведения полового акта. Это могут быть, например, негативные информационные воздействия, имевшие место в детском и подростковом возрасте, приведшие к формированию отрицательного отношения к сексу, который непременно сопровождается выраженной болью и кровотечением. Эти факторы могут лежать в основе существования девственного брака (virгогамии). Боязнь возникновения боли при половом акте, которая сама по себе способна приводить к её появлению при коитусе, может быть и результатом половых актов, которые сопровождались болью и были обусловлены в прошлом различными физиологическими и соматическими причинами (недостаточность лубрикации, очень большой половой член партнера, гинекологические заболевания), а также опытом изнасилования или очень болезненной дефлорацией.

При работе с такими пациентками мы сосредоточиваем свое внимание на формирование у них представления, что влагалище имеет большие возможности к увеличению. С этой целью нами разработан специальный психотерапевтический прием «*сопоставление по контрасту*» [2; 5; 34], который следует применять в комплексе лечения больных с фобическими формами виргогамии, вагинизма и диспареунии. Беседу рекомендуется строить следующим образом. Вначале необходимо рассказать больной о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родов. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных размеров (указать их диапазон). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко вырисовывается контраст между величиной плода и полового члена. Это создает благоприятные условия для более успешного проведения других терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует снижению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации.

Помимо этого, если речь идет о девственнице, мы всячески акцентируем её внимание на то, что половой жизнью живут многие люди, и она доставляет им приятные ощущения. В нашей практике также были случаи, когда половой член в случаях диспареунии воспринимался как инородное тело. Однако одновременно с этим женщины занимались оральным сексом. Тогда я им объяснял, что влагалище так и называется потому, что в него вкладывают половой член, в то время как рот изначально предназначен для приема пищи. Т. е. в этих случаях демонстрировался когнитивный диссонанс.

В терапии психогенной диспареунии весьма полезной может оказаться **когнитивно-поведенческая терапия**. Она помогает объяснить поведение, связанное с негативными мыслями и чувствами [28]. Dean A. Seehusen и соавт. [44] сообщают, что когнитивно-поведенческая терапия в со-

четании с другими видами терапии оказалась эффективной в снижении тревоги и страха, связанных с диспареунией [25]. Одним из её эффективных средств является «*техника остановки мысли*» [6], которая может быть весьма эффективной при фобической форме диспареунии. Она была описана Дж. Бэйном (J. A. Bain) [17] и введена в арсенал поведенческих техник Дж. Вольпе (J. Wolpe) [53].

Наша клиническая практика свидетельствует о том, что очень эффективной в устранении фобической диспареунии может быть ***гипносуггестивная терапия***. Полезным в терапии такой диспареунии может быть ***нейролингвистическое программирование*** и, в частности, «*метод взрыва навязчивости*», «*метод взмаха*» и разработанный нами «*способ коррекции поведенческих программ*» [4].

В случаях диспареунии, в основе которой находится механизм условной желательности / приятности, следует направлять усилия на поиск нарушенных межличностных отношений супругов / партнеров и обстоятельств, которые обуславливают возникновение данного расстройства, с последующим их устранением. В этих случаях возникает необходимость в использовании ***супружеской / парной психотерапии***. При этом речь может не ограничиваться только супругами / сексуальными партнерами. В своей клинической практике мы наблюдали случаи, когда сексуальные дисфункции возникали в результате, например, того, что у жены или мужа были плохие отношения с родителями супруга / супруги, а муж или жена не поддерживали своих супругов и, более того, становились на сторону своих родителей. В таких случаях речь уже идет о необходимости применения ***семейной терапии***. С целью анализа межличностных отношений и их нормализации также может использоваться ***групповая психотерапия***.

Для лечения диспареунии широко применяется ***секс-терапия***, которая по механизму своего действия близка к поведенческой терапии. Её использование позволяет восстанавливать близость и улучшать отношения со своим партнером [52].

Биологическая терапия

Из медикаментозных средств для лечения диспареунии используют следующие [46]:

Местные анестетики. В качестве возможного механизма возникновения боли при вульводинии называлась сенсibilизация периферических вестибулярных нервов [28]. Поэтому для лечения в качестве местноанестезирующего средства предлагали лидокаин, который может уменьшить боли во время полового акта. С теоретической точки зрения местные анестетики десенсибилизируют вульву и вагинальные нервы.

Гормональное лечение. У стареющих женщин вульвовагинальная атрофия, вызванная снижением уровня эстрогена, является распространенной проблемой. В этом случае имеют место такие симптомы, как атрофия, сухость и диспареуния. Для лечения этих больных применяются низкодозированные конъюгированные эстрогены, доступные в виде вагинальных вставок (например, крем, таблетка и кольцо). Местное вагинальное употребление эстрогенов может занять до 4-х недель, прежде чем пациенты заметят эффект.

В 2013 году Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (U.S. Food and Drug Administration) одобрило оспемифен (Osphena) для лечения диспареунии, связанной с атрофией вульвы и влагалища, что сопровождается его сухостью и болевыми ощущениями при половом акте. Это лекарство является первым и единственным неэстрогенным соединением, одобренным для этой цели, которое обладает эстрогенным эффектом [45]. У женщин с умеренной или тяжелой диспареунией, вызванной менопаузой, данный препарат рекомендуется применять в дозе 60 мг один раз в день [51].

Dean A. Seehusen и соавт. [44] отмечают, что хроническая сухость влагалища может быть обусловлена заболеваниями, где имеют место гормональные расстройства (например, гипоталамо-гипофизарная дисфункция, преждевременная недостаточность яичников, менопауза), сосудистые нарушения (например, периферический атеро-

склероз), анемия, неврологические причины (например, диабетическая невропатия, повреждение спинного мозга), последствия хирургических вмешательств, применения гормональных контрацептивов, химиотерапии и облучения.

Противовоспалительные препараты. Для лечения вульводинии с некоторым эффектом использовались инъекционные противовоспалительные препараты, такие как кортикостероиды, интерфероны и стабилизаторы тучных клеток [46].

Транквилизаторы. Для лечения женщин с фобической диспареунией в комплексном её лечении полезным может быть использование транквилизаторов (гидазепам, феназепам и др.)

Антидепрессанты. Н. К. Haefner и соавт. [29] сообщают, что для ослабления болей в области вульвы используются пероральные трициклические антидепрессанты, такие как амитриптилин, нортриптилин и дезипрамин [36]. Часто в качестве средства первой линии используется амитриптилин. Его начинают принимать перорально в дозе от 5 до 25 мг на ночь, которую увеличивают на 10-25 мг в неделю. Максимальная доза этого препарата составляет, как правило, не более 150 мг в день. Трициклические антидепрессанты также доступны в виде сиропов, что позволяет подбирать дозу даже пациентам с повышенной чувствительностью. Эта группа лекарств уменьшает сенсibilизацию периферических нервов и используется при лечении нейропатической боли. Для контроля боли у женщин с вульводинией также использовались антидепрессанты, которые относят к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина венлафаксин [50].

Противосудорожные средства. Для лечения вульводинии использовался габапентин и карбамазепин [20; 43]. Габапентин начинают принимать в дозе 300 мг перорально в течение 3 дней, затем постепенно дозу лекарства увеличивают до максимальной общей суточной дозы 3600 мг.

Ботулин. Тип А. Диспареунию и вульводинию, вызванные миалгией тазового дна и контрактурой, можно уменьшить, используя инъекции ботулинического токсина А в мышцы тазового дна [39; 40]. Предполагается, что ботулинический токсин А ингибирует ноцицепторы, что приводит к снижению периферической и центральной сенсibilизации, связанной с вульводинией [28]. Как известно, ноцицeпторы [ноцирецепторы] – рецепторы боли. Их интенсивная стимуляция обычно вызывает неприятные ощущения и может причинить вред организму.

Физиотерапия. Физиотерапия тазового дна является важным дополнением к большинству методов лечения диспареунии и вульводинии и предоставляет возможность мышцам тазового дна расслабиться, а также «переобучить болевые рецепторы» [46]. Jennifer Trahan и соавт. [48] сообщают, что физиотерапия тазового дна является неинвазивным вариантом устранения боли, связанной с диспареунией. Для мобилизации мягких тканей, уменьшения боли и улучшения функций физиотерапевты используют мануальную терапию, но её эффективность для лечения диспареунии не исследована. Авторы поставили перед собой задачу оценить результаты данного метода лечения названной патологии. С этой целью был проведен поиск статей в базах данных MEDLINE, EMBASE и CINAHL, опубликованных в период с июня 1997 года по июнь 2018 года. Четыре исследования соответствовали выбранным авторами анализа критериям включения. Все эти исследования выявили значительное уменьшение боли, подтверждая, что мануальная терапия является эффективным средством для облегчения боли, связанной с диспареунией. Однако, по мнению авторов, необходимы более обширные исследования для определения эффективности мануальной терапии диспареунии и конкретных механизмов её лечебного воздействия.

Kimberly A. Fisher [26] сообщает, что женщины с диагнозом диспареуния иногда направляются к физиотерапевту для устранения любого скелетно-мышечного компонента боли [42]. Цель физиотерапевтического вмешательства при данной патологии состоит в уменьшении боли во влагали-

ще за счет снижения гиперактивности мышц тазового дна путем улучшения способности пациента контролировать эти мышцы, а также благодаря увеличению способности ткани влагалища переносить растяжение [22; 42]. Вмешательства физиотерапевта по поводу мышечно-скелетной дисфункции, связанной с диспареунией, включают использование мануальной терапии, биологической обратной связи, физических упражнений и расширителей влагалища. Некоторые женщины с диспареунией могут излечиться с помощью вмешательства, где особое внимание уделяется методам обучения, которое в приведенном авторами клиническом случае состояло в объяснении анатомии тазового дна и функций его мышц во время полового акта, инструктировании пациентки, как контролировать мышцы леватора, и обучении её методам саморасширения влагалища [26].

Для физиотерапии диспареунии также используют чрескожную стимуляцию нервных окончаний, тренировку мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи на аппарате Уропроктокор и Уростим, экстракорпоральную магнитную стимуляцию органов малого таза на аппарате Авантрон, лечебный ультразвук и воздействие на биологически активные точки, что позволяет избавиться от участков болезненного напряжения в мышцах [1].

Хирургическое лечение. Этот вид терапии применяется только в крайних случаях при коитальных болях, обусловленных органическими факторами. В частности, используется вестибулэктомия вульвы, лизис тазовых спаек или резекция эндометриоидных очагов [11; 28; 33; 46]. М. Р. Оразов и соавт. [11] сообщают, что согласно последним рекомендациям Американского общества по репродуктивной медицине (American Society of Reproductive Medicine – ASRM) 2015 г. и Европейского общества по вопросам репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE) 2014 г., при боли в половых органах органического происхождения, к которой относится и «тяжелая глубокая диспареуния», удаление эндометриоидных узлов может быть эффективнее медикаментозной терапии. Снижение интенсивности боли

после хирургического лечения глубокого инфильтративного эндометриоза наблюдается у 71,4–93,6% женщин, а это, как правило, приводит к улучшению сексуальной жизни.

Эти же авторы сообщают, что G. Barbara и соавт. [18] выявили 17 систематических обзоров с оценкой результатов хирургического лечения эндометриоза (большинство операций было выполнено лапароскопическим доступом, а период наблюдения после операции варьировал от 4 до 60 мес.). У женщин, которым была сделана операция, имел место преимущественно глубокий инфильтративный эндометриоз и эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки. Показаниями к оперативному лечению в основном были выраженная тазовая боль или бесплодие, а не жалобы сексуального характера. У 1505 из 2100 женщин, перенесших различные операции в связи с клиническими проявлениями эндометриоза, наблюдалось послеоперационное улучшение сексуальной функции.

В случаях постоянной послеродовой диспареунии, связанной с идентифицированными дефектами промежности или рубцеванием, можно прибегнуть к ревизионной перинеопластике [44].

Клинические наблюдения

Приведем наше клиническое наблюдение, где речь шла о диспареунии [7].

Больная П., 22 года, не замужем, встречается с парнем в течение полутора лет. Имеет неоконченное высшее образование (учится на последнем пятом курсе университета, получает гуманитарную профессию). Проживает в г. Харькове в общежитии университета. Партнеру 22 года. Он учится в одном из Харьковских университетов заочно, работает в семейном бизнесе в другом городе, где и живет. Пациентка периодически приезжает к нему в гости (на субботу и воскресенье).

Жалобы и анамнез. Когда начали пытаться жить с этим парнем половой жизнью, возникли проблемы. Сначала ей там «натирало», и она думала, что это связано с тем, что не хватает «смазки», но на самом деле её было доста-

точно. Потом возникли боли и жжение в половых органах (жжет внутри влагалища), постоянное учащенное мочеиспускание, боли (жжение) при мочеиспускании. Боли и жжение в гениталиях имеют место и при половом акте, и после него. Также после полового акта имеют место тянущие боли внизу живота и позывы на мочеиспускание.

Обращалась к урологам (думала, что у неё болит мочевой пузырь и что она где-то простудилась) и гинекологам, проводились тщательные исследования, но какой-либо профильной патологии выявлено не было. Также думала, что это связано с сухостью влагалища, однако потом решила, что на самом деле речь идет о психосоматике. Бывает, что просыпается ночью и испытывает генитальные боли и жжение «до слез». Из-за этого не может уснуть. Это бывает тогда, когда она должна ехать к своему парню. Когда же находится в Харькове, и его рядом нет, и он не должен приехать, и она к нему не должна ехать, то болей и жжения в половых органах у неё нет.

Когда возникают боли, она применяет вагинальные свечи (не обезболивающие), и через 5 мин эти боли проходят. Бывает так, что пациентка приезжает к своему парню, но вагинальных половых актов они не совершают, и все ограничивается петтингом и оральным сексом, чему предшествует её просьба к нему, и он с пониманием относится к её проблеме. Но генитальные боли возникают даже при кунilingусе, если при этом оказывается воздействие не только на клитор, но и на влагалище («жжет, колит, рожаю ёжиков»). Сообщает, что бывает так, что боли возникают тогда, когда она приезжает к своему парню, но до сексуального контакта дело еще не доходит. Указывает, что когда половой жизнью не живет, то «мочевые» симптомы не возникают.

Перед половыми актами отмечает наличие опасений и страха возникновения боли, связанных с их проведением. Этот страх сопровождается напряжением мышц тела и затруднением дыхания. В настоящее время половое влечение резко ослаблено, что можно объяснить наличием диспареунии.

Помимо врачей, по поводу своей проблемы обращалась за помощью также к психологам, которые безрезультатно использовали символдраму, гештальт-терапию и техники арт-терапии.

Нарушения, по поводу которых пациентка обратилась к нам, возникли 2 года назад, когда она начала встречаться с мужчиной, который был старше её на 19 лет. Познакомились они в Интернете. При половых актах с ним были сильные генитальные боли, которые продолжались и после их завершения. При половом акте думала, когда он уже закончит. Связывала это с тем, что половой член у этого мужчины был 25 см. До начала половых контактов он предупредил пациентку о размерах своего полового члена, а при коитусе очень осторожно вводил член во влагалище. Также, когда жила с ним, было больно мочиться. Встречались с ним чуть больше месяца. Применяла обезболивающие средства, но они, так же как и сейчас, не помогали. Совершила с ним более 5 половых актов. Прекратила встречаться с этим мужчиной именно из-за генитальных болей.

Оргазм наступает у неё как при стимуляции пальцами партнера внешней части клитора, так и при кунилингусе. Также он возникает при вагинальных половых актах. В этих случаях даже может иметь место сквиртинг (женская эякуляция). Данный феномен был у неё всего 5 раз. Описывает его следующим образом: имеет место какое-то напряжение, а потом выделяется 10-20 мл светловатой и липкой жидкости (не мочи). Это хорошо воспринимается партнером, так как демонстрирует, что она по-настоящему кончила. Во время одного полового акта может наступить 3 оргазма. Как-то даже два раза подряд был сквиртинг. Первый раз выделилось очень небольшое количество жидкости, а во второй раз большее. Эякуляция у неё наступает во время оргазма и сопровождается сильными приятными ощущениями. Отмечает, что «клиторический» оргазм сильнее, чем «вагинальный», однако если возникает эякуляция, то тогда сильнее оргазм «вагинальный». Сообщает, что эякуляция у неё наступает в определенной позе и при введении члена под определенным углом. Внегенитальными эрогенными

зонами у неё являются соски грудных желез, живот, внутренняя поверхность бедер.

Платоническое (романтическое) либидо пробудилось в 5-6 лет. Тогда посещала детский сад.

Эротическое либидо возникло в 12-13 лет: были мечты, грезы, что появился парень. Обниматься и целоваться начала в 15 лет.

Сексуальное либидо пробудилось в 17 лет.

Мастурбирует с 14 лет. Стимулирует клитор пальцами рук. При мастурбации наступает оргазм. Мастурбирует в подавляющем большинстве случаев сугубо механически: ничего не представляет и не смотрит какие-либо эротические сюжеты. Очень редко при мастурбации имеют место эротические фантазии. Когда мастурбирует, то тянущие боли внизу живота и болезненные ощущения при мочеиспускании возникают через 0,5 дня.

Оргазм впервые возник в 14 лет при мастурбации.

Эротические сны. Иногда (очень редко) снятся эротические сны с женщинами (1 раз в полгода), но гораздо чаще с мужчинами (когда нет секса – от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц). Не помнит, чтобы во время этих снов наступал оргазм.

С женщинами с экспериментальной целью только несколько раз были поцелуи «в засос».

Сообщает, что дважды (в 9 и 11 лет) была изнасилована. Обстоятельства первого изнасилования были следующие. Вместе с родителями приехала в другой город к родственникам, а знакомый отца, у которого была большая квартира, уговорил его, чтобы их семья переночевала у него. «Меня положили спать в какой-то комнате, и я проснулась от того, что этот знакомый зашел в комнату, раздел меня и начал делать кунilingус. Я боялась показать, что проснулась, боялась, что еще останусь виноватой. Вот я надеваю трусы, а он меня раздевает. Все сделал и ушел, я проснулась в шоке. Когда это происходило, мне было страшно, но тогда я не понимала, что именно случилось. Когда проснулась утром, то поняла, что мне было приятно. А ночью было страшно». Ничего об этом родителям не рас-

сказала, так как отец у неё «тиран». Был бы страшный скандал, и она боялась, что её еще могут обвинить.

Через 2 года, когда они опять приехали в тот же город к родителям, эта ситуация со знакомым отца, у которого они ночевали, вновь повторилась. В этот раз все произошло в присутствии его жены (пациентка спала на диване, а жена знакомого – на кровати рядом с ней). Удивляется, что этот мужчина осмелился сделать это в присутствии своей спящей супруги. В этот раз пациента тоже испугалась. Он понял, что она проснулась. Боялась ему что-то сказать, просто делала какие-то движения, а он ничего ей не говорил. Первое время (несколько недель) переживала, а потом иногда вспоминала происшедшее с ней, думала, что этот мужчина – извращенец, «проклинала его». Тогда, когда это происходило, ей было приятно, но сексуальную подоплеку случившегося вначале не понимала. Считает, что и первый, и второй раз речь шла об изнасиловании.

До 16 лет половой жизнью не жила, а потом её подруги, которые все к тому времени имели сексуальный опыт, подтолкнули её к ней. В 16 лет случился первый половой акт с парнем, которому был 21 год. Однако удовольствия никакого не испытала, и ей не понравилось, что у него был вялый половой член, и семяизвержение произошло спустя 2-3 фрикции. Встречалась с ним 4-5 месяцев. За это время было всего 2 половых акта, но оргазма не было ни при одном из них.

Потом полтора года ни с кем не встречалась, а в 18 лет поехала к одной девочке в гости, которая познакомила её с мужчиной. Это был «животный» секс, от которого она получила удовольствие, но оргазм не наступил. Речь шла только о вагинальном половом акте. Стимуляции клитора пальцами партнера, а также кунилингуса не было. С этим мужчиной был только 1 половой акт.

Затем в течение 2 месяцев 1 раз в неделю встречалась с одним парнем. Он за ней ухаживал. С ним было 5 половых актов, но оргазм ни разу не наступил, хотя он очень старался и стимулировал ей клитор и пальцами, и языком («видимо не умеет»).

Когда встречалась со вторым и третьим партнером, тоже были «мочевые» жалобы, но при обследовании воспалительных явлений выявлено не было. Считает, что они были связаны с половыми актами.

Потом она встречалась с мужчиной, у которого был мегатенис (4-й партнер), с которого и началась история её генитальных болей. Всего, вместе с нынешним парнем, у неё было 5 партнеров.

Половое воспитание в родительской семье не проводилось. Мать только рассказала ей о менструациях. Каких-либо негативных высказываний о половой жизни со стороны родителей не было.

Не курит, алкогольными напитками не злоупотребляет. Один раз попробовала наркотики. В прошлом году в общестии ей предложили покурить травку. Тогда плакала, смеялась и не могла успокоиться («у меня была истерика»), не могла владеть собой. Боялась, что ребята, которые предложили ей покурить травку и с которыми у неё ранее не было никаких сексуальных отношений, могут её изнасиловать. Из хронических заболеваний отмечает близорукость. Травм черепа не было.

Объективные данные: рост 174 см, масса тела 68 кг. Ранее носила бюстгальтер 4-го размера, а после того, как похудела, его размер стал 2,5. Оволосение лобка по женскому типу.

Сексологический диагноз: фобическая диспареуния.

Рекомендации и лечение: когнитивные воздействия, гипносуггестивная терапия, прием гдазепама по 20 мг за 1,5 часа до полового акта.

Когнитивные воздействия были направлены на полное осознание пациенткой психогенной природы её сексуального расстройства, хотя справедливости ради следует отметить, что и до этих воздействий она самостоятельно пришла к правильному выводу о механизме существующего нарушения. По сути, мы лишь подтверждали и укрепляли сложившееся у неё видение данной проблемы.

Проводились сеансы гипносуггестивной терапии в варианте гипносуггестивного программирования. Типичный сеанс гипноза состоял из следующих блоков:

- Погружение в гипнотическое состояние (гипнотизация).
- Постепенное освобождение организма от опасений и страхов, связанных с возможным возникновением болевых и неприятных ощущений при половом акте, на счет от 1-го до 5-ти.
- Внушения, направленные на то, что болевые и неприятные ощущения, которые имели место при половом акте, остались в прошлом, ушли, рассеялись.
- Суггестия, что при ласках и поцелуях происходит увлажнение влагалища, и при фрикциях защитная пленка лубриката находится между членом и стенками влагалища, что исключает возможность возникновения неприятных и болевых ощущений.
- Заполнение организма уверенностью в том, что половой акт будет сопровождаться только приятными сладострастными ощущениями.
- Закрепление действия сделанных внушений («Все сказанные мною слова, все сделанные мною внушения хорошо фиксируются вашей памятью, вашей психикой, вашей нервной системой, что определит улучшение в состоянии вашего здоровья, которое вы будете испытывать после окончания гипнотического сеанса»).
- Выведение из гипнотического состояния (дегипнотизация).

Иногда при проведении гипнотического сеанса делались внушения на постепенное (на счет до 5) наполнение организма покоем, а потом, что покой нормализует состояние нервной системы, психики и оказывает оптимизирующее воздействие на функции головного мозга, и это приводит к нормализации деятельности всего организма.

От приема гизадепама (приняла всего 2 таблетки) пациентка отказалась, так как, по её мнению, какой-либо эффект от их приема отсутствовал.

Было проведено 10 сеансов гипносуггестивной терапии.

В результате проведенного лечения перестала избегать проведения половых актов, стала жить регулярной половой жизнью, усилилось половое влечение, боли при половых актах и после их проведения практически перестали возникать.

Если сексологический диагноз в данном случае абсолютно понятен, то «мочевая» симптоматика нуждается в специальном обсуждении. Как отмечалось нами выше, обследования, проведенные урологами, никакой воспалительной патологии у пациентки не выявили. Однако известно, что редкой причиной цисталгий являются врожденные анатомические особенности. С другой стороны большое внимание в происхождении этой патологии уделяют психоэмоциональным факторам, которые могут иметь соматические проявления. В этом плане целесообразно привести высказывания пациентки, которая отметила, что когда она делает что-то неприятное (конкретно имела в виду постоянное напряжение, связанное с защитой диплома), то «мочевые» симптомы появляются или усиливаются. Также вспомним о её заявлении, что когда она не живет половой жизнью, то эти симптомы у неё не возникают, хотя в данном случае нельзя исключить и влияние соматического (анатомического) фактора. Кроме того, следует фиксировать внимание на том, что в современных психиатрических классификациях существует рубрика, где речь идет о соматоформных расстройствах, которые могут проявляться и «мочевой» симптоматикой, обусловленной влиянием психогенных факторов.

Представляет интерес и другой случай из нашей клинической практики [35].

Больная К., 22 года, через полгода заканчивает магистратуру по архитектуре, в течение 7 месяцев состоит в «гражданском браке», не работает. Получает пенсию за умершую от рака груди мать в размере 1400 гривен в месяц. Так по закону будет продолжаться до 23 лет. Находится на содержании «гражданского мужа». Ему 29 лет, имеет высшее полиграфическое образование, работает дизайне-

ром в типографии. Живут в снимаемой за его деньги однокомнатной квартире. Обратилась к нам за помощью 7.09.2018 г.

Жалобы и анамнез. Сообщает, что является девственницей и «не может отдаться парню». Связывает это со строгим воспитанием и твердой установкой, что жить половой жизнью до брака нельзя. С 6 до 16 лет вместе с мамой была членом международной религиозной организации «Свидетели Иеговы», где существует такая установка. Отмечает, что при попытке совершить коитус возникает «спазм мышц влагалища» и сильная боль, из-за чего мужчина не может в неё «войти». Перед этой попыткой появляются следующие мысли: «До брака нельзя, потому что это будет считаться прелюбодеянием. Бог будет против этого». Однако существует сильное желание осуществить половой акт, «подарить человеку энергию и получить её от него». Отмечает, что есть боязнь сильной боли и кровотечения, которые могут возникнуть при коитусе. Также вспомнила, что в 16-летнем возрасте смотрела порно, где лишение девственности производилось жестко, и у неё в связи с этим зафиксировался страх. Такой сюжет позже она посмотрела еще раз. Считает, что это оказывает на неё воздействие до сих пор. Было попыток 100 совершить половой акт, но ничего из этого не вышло. После неудачных попыток интросекции нынешний партнер дает бурную эмоциональную реакцию, нервничает, повышает голос, со злостью выбрасывает непригодившиеся презервативы, а потом может полчаса молча лежать. Говорит, что на неё не злится, а злится на ситуацию. Партнер практически не уделяет внимание предварительному периоду, который составляет 2-3 минуты, а может быть и меньше. После её просьб только 1 раз продолжительность этого периода составила 5 мин. Член полового партнера средних размеров. Он проводит ей кунилингус, и она получает от этого оргазм. За все время совместной жизни по её просьбе совершал это около 20 раз, и оргазм наступал в 70% случаев. У «мужа» большая потребность в сексе. Она иногда стимулирует ему член рукой, иногда делает минет, и он заканчивает. Партнер всегда

говорит, что любит её. Она считает, что так и есть, так как он о ней очень заботится. Пациентка его тоже любит. Разногласий между ними в других сферах нет. Однако, в связи со сложившейся ситуацией, 2 недели назад он сказал ей, чтобы она собирала вещи и уезжала. Ни к кому со своей проблемой не обращалась, не знает, кто может помочь в её решении и возможно ли это вообще. Поэтому у неё возникло опасение, что если она забеременеет, то парень может её бросить. Я ей сказал, что это было сказано им «в сердцах», так как затем он ничего подобного ей больше не говорил.

До того как начала жить с этим мужчиной, в течение 3,5 лет встречалась с парнем-одногодкой. Вагинальных половых актов и попыток их проведения с ним не было («не была готова к этому»). Речь шла о часто осуществляемом кунилингу, при котором каждый раз наступал оргазм. Была влюблена в этого парня, но рассталась с ним по собственной инициативе, так как считала, что он не самостоятельный (давал много обещаний, которые не выполнял). Кроме того, ей не нравилось, что он злоупотреблял алкоголем и курил. До этого с 17 до 19 лет полтора года встречалась с другим парнем, но речь шла только о ласках и поцелуях.

Изнасилований и попыток к их совершению не было, также как и совращающих действий со стороны взрослых.

Сколько-нибудь существенного полового воспитания в семье не проводилось. Вместе с тем мать говорила пациентке, что половые акты можно совершать только после заключения брака, а те девушки, которые позволяют себе это до брака, – проститутки. С отцом на эту тему не говорили. Когда однажды побеседовала по этому вопросу с бабушкой, которая относилась к ней лучше, чем другие близкие родственники, включая мать, она (бабушка) сказала ей следующее: «Когда ты почувствуешь, что этот человек твой, тогда ты не будешь задумываться, дать ему или не дать, независимо от того, будешь ли ты за ним замужем или нет». Характеризуя свою мать, пациентка сообщила, что

она всегда была всем недовольна, всех критиковала, постоянно находилась в плохом настроении.

Сообщает, что в настоящее время моральных ограничений в плане возможности осуществления коитуса и потери девственности нет. Утверждает, что даже если она официально выйдет замуж, то ничего в этом плане не изменится

Платоническое (романтическое) либидо пробудилось в 5 лет, а **эротическое** в 14. До 16 лет его не реализовала. **Сексуальное либидо** пробудилось в 20 лет. Гетеросексуальна.

Мастурбация с 5 лет и в этом же возрасте наступил первый оргазм. До 11 лет раза три мастурбировала (стимулировала пальцем наружную часть клитора), а потом запретила себе это делать.

Эротические сновидения с 16 лет. За все время вспоминает о четырех или пяти таких сновидениях. В основном эти сны снились в период, когда встречалась со своим вторым партнером. Снились ласки, поцелуи и половые акты с ним.

Когда ей было пять лет, восьмилетняя девочка легла на неё и терлась, но она не поняла, что это такое, и не помнит, чем это закончилось.

Месячные регулярные, по 6-7 дней, через 30 дней. В первый день болезненные, а потом нет; устойчивые по отношению к различным неблагоприятным воздействиям. Возникли в 11 лет, первые полгода были неравной продолжительности, а потом все наладилось.

Жила в полной семье, мать была на 22 года старше её (умерла в прошлом году), а отец на 26. Отец хорошо относился к матери, а с её стороны было постоянное недовольство им. Мать её сильно контролировала, критиковала за её поведение и жестко относилась к сексуальным отношениям с мужчинами.

Хронические болезни отрицает. Не курит. Алкоголь употребляет редко и в малых дозах. Наркотики не употребляет.

Объективные данные. Рост 163 см, масса тела 53 кг, размер бюстгалтера между первым и вторым. Лобок выбрит, но говорит, что волосяная дорожка от лобка к пупку отсутствует. Усики на лице не растут. На руках и ногах мало волос.

Диагноз. Вначале я думал, что у пациентки имеет место вагинизм неорганического происхождения, обусловленный психогенными затормаживающими влияниями и коитофобией. Однако затем у меня возникли некоторые сомнения в правомочности такого диагноза. Это было связано с тем, что, как выяснилось при детальном опросе, при попытке проведения полового акта партнер вводит половой член на 1/3, а потом у неё возникает боль, и из-за возникновения препятствия член дальше не идет. При повторной беседе с пациенткой я сказал ей, что при наступлении оргазма, в частности, возникают сокращения соответствующих мышц и спросил, наступает ли у неё сокращение этих мышц при попытке введения полового члена во влагалище. Она ответила, что такого сокращения нет, и при этом просто возникает боль. Партнер частично вводит член во влагалище, а потом возникает препятствие для его дальнейшего продвижения. Хотя и она, и её партнер считали, что это является результатом сокращения мышц влагалища, при тщательном опросе оказалось, что когда у неё возникают болевые ощущения, она сжимает ноги, что имитирует результат сокращения мышц при вагинизме. Поэтому ей был поставлен диагноз «диспаруния неорганического происхождения».

Рекомендации и лечение.

I. Когнитивно-ориентированные воздействия:

1. Я сообщил пациентке, что бывают девушки, которые с 12-14 лет занимаются проституцией. Исключая вагинальные контакты, они осуществляют оральные и анальные половые акты и выходят замуж «девственницами». Но в данном случае речь идет лишь о сохранности девственной плевы, и девственницами они остаются только в анатомическом смысле. В психологическом же отношении они такими давно уже не являются.

2. Рассказал об одной девушке, которая у меня лечилась. Она не давала проводить вагинальные половые акты, так как воспринимала половой член как чужеродный предмет. Тем не менее она занималась оральным сексом (минет). Я ей сказал, что влагалище так и называется потому, что туда нужно вкладывать член, а рот изначально предназначен для другого.

3. Также был использован разработанный нами и описанный выше прием «сопоставление по контрасту» [5; 6].

4. Я обратил внимание пациентки на то, что болезненность и выделение некоторого количества крови при дефлорации являются широкораспространенными явлениями и не должны служить препятствием для проведения полового акта.

Партнеру было рекомендовано быстрое введение полового члена при попытке проведения полового акта, что создает более благоприятные условия для её успешной реализации. Проводилась аналогия с уколами шприцом, когда попытки осторожно уколоть сопоставлялись с теми, когда пациенты узнавали о проведенной инъекции уже после того, как она была осуществлена. Кроме того, мужчине рекомендовалась увеличить продолжительность предварительного периода, а также спокойно и с пониманием реагировать на неудачные попытки проведения полового акта.

Следует отметить, что после обращения ко мне совместно с «мужем» 11.09.2018 года пациентке уже не приходят мысли о греховности, если она совершит половой акт до свадьбы, и что Бог будет против лишения её девственности до брака. Это связывает с тем, что в тот день я рассказал ей, что бывают девушки, которые с ранних лет занимаются проституцией и допускают оральный и анальный секс (вагинальные половые акты находятся под запретом). Гораздо позже они выходят замуж «девственницами», которыми к этому времени в психологическом плане на самом деле таковыми уже не являются.

II. Гипносуггестивная терапия. Этот метод широко и с успехом применяется нами для лечения различных сексуальных расстройств.

III. Рекомендации по оптимизации проведения полового акта, включая его предварительный период.

17.09.2018 г. по моей рекомендации пациентка была осмотрена гинекологом. Заключение: *virgo*. Осмотр в зеркале не произведен. Отмечает резкую болезненность в области влагалища при прикосновении к девственной плеве.

18.09.2018 г. Проведен 1-й сеанс гипносуггестивной терапии. Делались внушения по избавлению от страха возникновения боли при проведении полового акта, заполнению уверенностью в своих сексуальных возможностях. Программировался нормально протекающий половой акт с легким проникновением члена во влагалище. Осуществлялась суггестия, направленная на расслабление мышц влагалища при проведении полового акта с указанием, что оно имеет большие возможности к расширению, а также программировалось расслабление мышц бедер, сжатие которых препятствует введению члена во влагалище.

22.09.2018 г. Вечером 18.09.2018 г. была попытка совершить половой акт. Страх возникновения боли и боязнь неудачи уменьшились с 10 до 6 баллов по 10-балльной системе, но все равно сжимала ноги («ногами упиралась»), и половой акт провести не удалось.

22.09.2018 г. Проведен 2-й сеанс гипносуггестивной терапии. На этот раз гораздо более глубоко погрузилась в гипнотическое состояние. Делались те же внушения, что и на предыдущем сеансе. Дополнительно к этому проводилась суггестия, что влагалище имеет такое название, потому что оно предназначено для вкладывания члена.

После проведения сеанса пациентка сообщила, что думала о возможности полной нормализации своего состояния уже после первого сеанса гипноза. Но теперь, после второго сеанса, заявила, что это обязательно произойдет.

26.09.2018 г. 24.06.2018 г. совершить половой акт с полным проникновением члена удалось с 3-го раза. Первые 2 раза партнер пытался сам решить эту задачу: был сверху, и ей было больно. Половой член удалось ввести наполовину. Между этими двумя попытками был перерыв 15-20 мин, пока пациентка не успокоилась. Спустя 15-20 мин после

второй попытки она взяла инициативу в свои руки. Приняв позу наездницы, пациентка сама постепенно «насаживалась» на половой член. Боль хотя и была, но гораздо менее выраженная, чем раньше, и половой акт удался. Сообщила, что была настроена решительно и хотела в этот раз довести все до конца. Занимались сексом минут восемь, но был дискомфорт. В связи с этим по её инициативе половой акт проводить прекратили. После полового акта болей не было. В результате полового акта появилась кровь.

В связи с возникновением у «гражданского мужа» мысли, что пациентка ему не доверяет, так как, находясь сверху, лишила его инициативы при проведении полового акта, я провел с ним разъяснительную работу. Объяснил, что это связано не с недоверием, а с остаточным страхом. Когда она еще пару раз попытается совершить половой акт в позе наездницы, можно будет перейти к использованию других поз.

Таким образом, в данном случае терапевтический результат с полным устранением существующей проблемы был достигнут очень быстро, гораздо быстрее, чем мы прогнозировали.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диспареуния. – URL: https://ncagp.ru/index.php?_t8=301 (дата обращения: 19.07.2020).
2. Кочарян Г. С. Глава 3. Разъяснительная и рациональная психотерапия / Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 23–39.
3. Кочарян Г. С. Диспареуния как клиническая проблема // Здоровье мужчины. – 2020. – 3 (74). – С. 65 – 74.
4. Кочарян Г. С. НЛП: терапевтические техники. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2009. – 176 с.
5. Кочарян Г. С. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике // Социально-психологические и меди-

- цинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 422–423.
6. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 399 с.
7. Кочарян Г. С. Фобическая диспареуния: случай из практики // Здоровье мужчины. – 2020. – №4 (75). – С. 39–42. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2020.225595>
8. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baug K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
9. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
11. Оразов М. Р., Носенко Е. Н., Покуль Л. В., Шкрели И., Токаева Э. С., Барсегян Л. К., Закирова Я. Р., Новгинов Д. С. Сексуальная функция женщин с эндометриозом. «Когда любовь причиняет боль»: систематический обзор влияния хирургического и медикаментозных методов лечения эндометриоза на сексуальную функцию женщин // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2017. – №3 – С. 133–143.
12. Свядощ А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
13. Федорова А. И. Диспарейния: патогенез, диагностика, лечение : диссертация ... доктора психологических наук : 19.00.04 / Федорова Анна Игоревна; [Место защиты: ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт»]. – Санкт-Петербург, 2007. – 451 с.

14. Федорова А. И. Диспарейния: патогенез, диагностика, лечение. Автореф. диссертации ... доктора психологических наук. – Санкт-Петербург, 2007. – 50 с.
15. Хайм Лори Дж. (Heim Lori J.) Диспареуния: оценка каждого случая и дифференциальная диагностика // Международный медицинский журнал. – 2002. – № 3. – URL: <https://medi.ru/info/5668/> (дата обращения: 18.07.2020).
16. American College of Obstetrics and Gynecology. Chronic pelvic pain // Technical bulletin. – No. 223. – Washington, D.C.: ACOG, 1996.
17. Bain J. A. Thought control in everyday life. – New York, 1966.
18. Barbara G., Facchin F., Meschia M., Berlanda N., Frattaruolo M. P., VercellinI P. When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2017. – 96 (6). – P. 668–687. DOI: 10.1111/aogs.13031.
19. Beard R. W., Reginald P. W., Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion // Br J Obstet Gynaecol. – 1988. – 95 (2). – P. 153-161. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1988.tb06845.x.
20. Ben-David B., Friedman M. Gabapentin therapy for vulvodynia // Anesth Anal. – 1999. – 89 (6). – P. 1459–1460. DOI: 10.1097/00000539-199912000-00026.
21. Bomstein J., Shapiro S., Rahat M., Goldshmid N., Goldik Z., Abramovici H., et al. Polymerase chain reaction search for viral etiology of vulvar vestibulitis syndrome // Am J Obstet Gynecol. – 1996. – 175 (1). – P. 139–144. DOI: 10.1016/s0002-9378(96)70263-6.
22. Crowley T., Richardson D., Goldmeier D. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction // Int J STD AIDS. – 2006. – 17 (1). – P. 14–18. DOI: 10.1258/095646206775220586.

23. DeWitt D. E. Dyspareunia; Tracing the cause // Postgrad Med. – 1991. – 89 (5). – P. 67–68,70,73. DOI: 10.1080/00325481.1991.11700891.
24. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
25. Engman M., Wijma K., Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus // Cogn Behav Ther. – 2010. – 39 (3). – P. 193–202. DOI: 10.1080/16506070903571014.
26. Fisher Kimberly A. Management of Dyspareunia and Associated Levator Ani Muscle Overactivity // Physical Therapy. – 2007. – 87 (7). – P. 935–941. DOI: 10.2522/ptj.20060168
27. Glatt A., Zinner S., McCormack W. The Prevalence of Dyspareunia // Obstetrics & Gynecology. – 1990. – 75 (3 Pt 1). – P. 433–436.
28. Goldstein A. T., Pukall C. F., Brown C., Bergeron S., Stein A., Kellogg-Spadt S. J. Vulvodynia: assessment and treatment // Sex Med. – 2016. – 13 (4). – P. 572–590. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.01.020
29. Haefner H. K., Collins M. E., Davis G. D., Haefner H. K., Collins M. E., Davis G. D., Edwards Libby, Foster David C., Hartmann Elizabeth Dee Heaton, Kaufman Raymond H., Lynch Peter J., Margesson Lynette J., Moyal-Barracco Micheline., Piper Claudia K., Reed Barbara D., Stewart Elizabeth G., Wilkinson Edward J. The vulvodynia guideline // J Low Genit Tract Dis. – 2005. – 9 (1). – P. 40–51. DOI: 10.1097/00128360-200501000-00009.
30. HEIM LORI J. EVALUATION AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DYSPAREUNIA // AM FAM PHYSICIAN. – 2001. – 63 (8). – P. 1535–1544.
31. ICD-11. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/ICD-11> (the date of the reference: 01.08.2020).

32. Jeremias J., Ledger W. J., Witkin S. S. Interleukin 1 receptor antagonist gene polymorphism in women with vulvar vestibulitis // *Am J Obstet Gynecol.* – 2000. – 182 (2). – P. 283–285. DOI: 10.1016/s0002-9378(00)70212-2.
33. Kliethermes C. J., Shah M., Hoffstetter S., Gavard J. A., Steele A. J. Effect of vestibulectomy for intractable vulvodynia // *Minim Invasive Gynecol.* – 2016. – 23 (7). – 1152–1157. DOI: 10.1016/j.jmig.2016.08.822
34. Kocharyan G. S. (Кочарян Г. С.) Cognitive techniques in the treatment of patients with sexual dysfunction // *Health of Man.* – 2015. – No 4 (55). – P. 66–69. DOI: [https://doi.org/10.30841/2307-5090.4\(55\).2015.104688](https://doi.org/10.30841/2307-5090.4(55).2015.104688)
35. Kocharyan G. S. (Кочарян Г. С.) Dyspareunia of nonorganic origin, phobic variant: case report // *Psychological Counseling and Psychotherapy.* – 2020. – Issue 14. – P. 86–91. DOI: 10.26565/2410-1249-2020-14-08
36. McKay M. Dysesthetic («essential») vulvodynia. Treatment with amitriptyline // *J Reprod Med.* – 1993. – 38 (1). – P. 9–13.
37. Mitchell K. R., Geary R., Graham C. A., Datta J., Wellings K., Sonnenberg P., Field N., Nunns D., Bancroft J., Jones K. G., Johnson A. M., Mercer C. H. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey // *BJOG.* – 2017. – 124 (11). – P. 1689–1697. DOI: 10.1111/1471-0528.14518
38. Painful intercourse (dyspareunia). – URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/painful-intercourse/diagnosis-treatment/drc-20375973#:~:text=Often%2C%20this%20can%20be%20treated,have%20problems%20with%20vaginal%20lubrication.> (the date of the reference: 08.07.2020).
39. Park A. J., Paraiso M. F. Successful use of botulinum toxin type A in the treatment of refractory postoperative dyspareunia //

- Obstet Gynecol. – 2009. – 114 (2 Pt 2). – P. 484–487. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181998ce1.
40. Pelletier F., Girardin M., Humbert P., Puyraveau M., Aubin F., Parratte B. J. Long-term assessment of effectiveness and quality of life of Onabotulinumtoxin A injections in provoked vestibulodynia // *Eur Acad Dermatol Venereol.* – 2016. – 30 (1). – P. 106–111. DOI: 10.1111/JDV.13437.
41. Reed Geoffrey M., Drescher Jack, Krueger Richard B., Atalla Elham, Cochran Susan D., First Michael B., Cohen-Kettenis Peggy T., Arango-de Montis Iván, Parish Sharon J., Cottler Sara, Briken Peer, Saxena Shekhar. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // *World Psychiatry* – 2016. – 15 (3). – P. 205–221. DOI: 10.1002/wps.20354
42. Rosenbaum T. Y. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders // *J Sex Marital Ther.* – 2005. – 31 (4). – P. 329–340. DOI: 10.1080/00926230590950235.
43. Scheinfeld N. The role of gabapentin in treating diseases with cutaneous manifestations and pain // *Int J Dermatol.* – 2003. – 42 (6). – P. 491–495. DOI: 10.1046/j.1365-4362.2003.01831.x.
44. Seehusen Dean A., Baird Drew C., Darnall Carl R., Bode David V. Dyspareunia in Women // *Am Fam Physician.* – 2014. – 90 (7). – P. 465–470.
45. Soe L. H., Wurz G. T., Kao C. J., DeGregorio M. W. Ospemifene for the treatment of dyspareunia associated with vulvar and vaginal atrophy: potential benefits in bone and breast // *Int J Womens Health.* – 2013. – 5. – P. 605–611. DOI: 10.2147/IJWH.S39146.
46. Sorensen James, Bautista Katherine E., Lamvu Georgine, Feranec Jessica. Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review // *Cureus.* – 2018. – 10 (3): e2379. DOI: 10.7759/cureus.2379

47. Steege J. F., Ling F. W. Dyspareunia: a special type of chronic pelvic pain // *Obstet Gynecol Clin North Am.* – 1993. – 20 (4). – P. 779–793.
48. Trahan Jennifer, Leger Erin, Allen Marlena, Koebele Rachel, Yoffe Mary Brian, Simon Corey, Alappattu Meryl, Figuers Carol. The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review // *Journal of Women's Health Physical Therapy.* – 2019. – 43 (1). – P. 28–35. DOI: 10.1097/JWH.0000000000000117
49. Van Lankveld J. J., Weijnenborg P. T., ter Kuile M. M. Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners // *Obstet Gynecol.* – 1996. – 88 (1). – P. 65–70. DOI: 10.1016/0029-7844(96)00080-4.
50. Wasserman J. Pharmacological treatment of vulvodynia // *National Vulvodynia Association News Letters.* Spring, 2002.
51. What causes dyspareunia, or painful intercourse? Medically reviewed by University of Illinois. Written by Jayne Leonard on December 22, 2017. – URL: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/192590> (the date of the reference: 09.07.2020).
52. What You Need to Know About Dyspareunia (Painful Intercourse). Medically reviewed by Debra Sullivan, PhD, MSN, RN, CNE, COI. Written by Anna Zernone Giorgi. Updated on February 3, 2020. – URL: <https://www.healthline.com/health/dyspareunia> (the date of the reference: 09.07.2020).
53. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* – Stanford University Press, 1958.

ГЛАВА 3

ВАГИНИЗМ: ЧАСТОТА, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ФОРМИРОВАНИЕ

В русскоязычной версии Википедии вагинизм определяется как состояние, отрицательно влияющее на возможность (для женщины) вагинального проникновения при сексуальном контакте, гинекологическом обследовании и введении тампонов. Далее отмечается, что это является результатом непроизвольного неконтролируемого сокращения лобково-копчиковой мышцы, и непроизвольное сокращение мышц влагалища происходит неожиданно. Это делает любое вагинальное проникновение, в том числе сексуальное, весьма болезненным либо совсем невозможным [1].

В англоязычной версии Википедии со ссылкой на другие публикации вагинизм определяется как состояние, при котором непроизвольный мышечный спазм мешает вагинальному половому акту или другому проникновению во влагалище. Это часто приводит к боли при попытках совершить коитус. Часто вагинизм начинается при первой попытке вагинального полового акта [81].

Исторические данные

В. И. Здравомылов и соавт. [2] сообщают, что термин «вагинизм» впервые был предложен английским гинекологом Marion Sims в 1861 году. Под этим термином он подразумевал «болезненные спазматические сокращения входа во влагалище». За год до этого клиническую картину этого заболевания на заседании Эдинбургского медицинского общества представил Simpson (1860), который предложил для обозначения этого состояния термин «вагинодиния». Первым, как отмечают цитируемые авторы, эту патологию под названием «спазматическое сжатие сфинктера влагалища» описал J. Huguier (1834), а несколько позже него – Dupuytren (1839) [2]. Существуют и другие данные о том, ко-

гда впервые была описана эта патология. Так, Jeng Cherng-Jue [24] сообщает, что это случилось в 1547 году.

Обращаясь к истории, Tessa Crowley и соавт. [27] отмечают, что американский гинеколог Джеймс Марион Симс (James Marion Sims), обращаясь к акушерскому обществу Лондона в 1862 году, впервые ввел термин «вагинизм», описывая одну из своих пациенток: «Но самым замечательным в её истории был факт, что она оставалась девственницей, несмотря на то, что в течение четверти века была замужем. Среди других исследований её случая я попытался сделать вагинальное обследование, но полностью потерпел неудачу. Малейшее прикосновение к влагалищу вызывало сильнейшие страдания. Её нервная система была в сильном волнении; было общее мышечное возбуждение; все её тело дрожало, как будто с перерывами. Она громко вскрикнула, её глаза дико сверкали, слезы катились по её щекам, и она представляла собой самый жалкий вид ужаса и агонии. Несмотря на все эти внешние невольные свидетельства физических страданий, у неё хватило моральной стойкости, чтобы удержаться на кушетке, и она умоляла меня не отказываться от любых усилий, если есть хотя бы малейшая надежда узнать что-нибудь о её необъяснимом состоянии. Надавив изо всех сил в течение нескольких минут, мне удалось ввести указательный палец во влагалище до второго сустава, но не дальше. Сопротивление его прохождению было настолько велико, а вагинальное сокращение настолько сильным, что притупляло ощущение пальца, и, таким образом, осмотр выявил только непреодолимый спазм сфинктера влагалища». В качестве лечения Sims рекомендовал удаление девственной плевы и использование стеклянного бужа.

Частота

Существуют весьма различающиеся данные о частоте вагинизма. Так, в частности, сообщается [81], что по материалам одного учебника этим заболеванием страдает 0,5% женщин [36]. R. Achour и соавт. [12] отмечают, что вагинизм поражает до 1% женского населения и часто представляет

собой физическое проявление основной психологической проблемы.

Р. Крукс, К. Баур [5] отмечают, что по оценкам специалистов (Renshaw, 1990) около 2% женщин страдают вагинизмом. У. Мастерс и соавт. [6] пишут, что частота вагинизма среди женщин неизвестна, но по их данным она составляет менее 10% всех половых расстройств у женщин, а страдают им от 2 до 3% молодых женщин.

А. И. Федорова, С. В. Екимов [9], сообщают, что вагинизм встречается у 2-4% женщин репродуктивного возраста, а также о том, что по обобщенным результатам исследований частота выявления вагинизма колеблется от 5 до 47% среди женщин, предъявляющих сексуальные жалобы, с большими различиями в разных культурах.

М. Е. Норе и соавт. [47] отмечают, что, несмотря на отсутствие единого мнения относительно точного определения частоты вагинизма, уровень его распространенности колеблется от 4,2 до 42%. Также приводятся данные, согласно которым вагинизмом страдает приблизительно 1–7% женщин во всем мире [22; 62]. Одно исследование в Марокко показало, что 6,2% женщин сообщили о вагинизме [51].

А. М. Свядош [8] отмечает, что легко выраженные временные явления вагинизма, по поводу которых больные обычно не обращаются, часто из-за стыдливости, когда либо отмечались у 10% женщин, которые живут половой жизнью. Исследование женщин, посещающих клинику планирования семьи в Иране, показало, что 12% из них страдают вагинизмом не менее 50% времени, а 4% – всегда [72].

Ссылаясь на различные данные, Tessa Crowley и соавт. [27] сообщают, что вагинизм считается одной из наиболее распространенных женских психосексуальных дисфункций. Его диагностировали у 25% женщин, посещающих лондонскую клинику мочеполовой медицины (London Genitourinary (GU) medicine clinic) [40]. Частота выявления этого расстройства в клиниках сексуальной дисфункции варьируют от 5 до 17% [15; 23; 43; 46; 57; 67]. Опрос 49 гинекологов в Голландии определил, что вагинизм составляет 4,2% всех

сексуальных проблем [38]. Завершая анализ распространенности вагинизма, представленный различными авторами, Tessa Crowley и соавт. [27] отмечают, что уровень распространенности вагинизма среди ирландских женщин, посещающих клинику по лечению сексуальных дисфункций, был намного выше – 42% [59].

Частота выявления вагинизма может значительно различаться в различных странах и в различных культурах. Z. Marshania [56] в связи с этим приводит высказывание J. Barns [16], который сообщает, что вагинизм – крайне редкое заболевание в Северной Америке и в большинстве стран Западной Европы, но это не редкость в Ирландии, Восточной Европе и Латинской Америке. Подчеркивается, что высокая распространенность вагинизма в Ирландии может быть результатом уникальных для ирландской культуры факторов [83].

Более поздние исследования выявили еще большую, чем в Ирландии, частоту вагинизма у женщин, которые обратились за помощью в связи с сексуальными дисфункциями, что также связывают с влиянием культуральных факторов. Так, Z. Marshania [56] отмечает, что в их клинике за последних четыре года вагинизм был диагностирован у 55% из 202 пациенток. Автор считает, что это обусловлено социокультурными факторами, а именно тем, что грузинские женщины до брака воздерживаются от секса. О еще более высоком проценте вагинизма, превышающем 70% в турецких клиниках, сообщают С. Tugrul и Е. Kabakci [80]. Они связывают это с культуральными факторами, когда существует табу на обсуждение секса с незамужними девушками, а девственность невесты имеет решающее значение.

На основании приведенных данных о частоте вагинизма можно сделать следующие выводы:

1. Вагинизм, что вполне естественно, гораздо реже диагностируется в общей популяции, чем в клиниках, куда женщины обращаются за сексологической помощью.

2. Его частота связана с культуральными факторами. В сексуально эмансипированных странах вагинизм имеет место гораздо реже, чем в тех, где существует жесткое отно-

шение к добрачной сексуальной активности женщин, а также отсутствует адекватное сексуальное воспитание.

Определения вагинизма и его критерии в научной литературе и современных классификациях

Существуют определения вагинизма и представления о нем, согласно которым его следует относить к сугубо психогенным феноменам. Так, А. М. Свядощ [8, с. 73] пишет: «Вагинизмом (от лат. *vagina* – влагалище) называют непроизвольное судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна, возникающее под влиянием боязни полового акта или гинекологического обследования. При этом иногда судорожно сокращаются и мышцы бедер, а также брюшной стенки». Автор сообщает и о возможности судорожного сокращения мышц, исключающего вагинальное проникновение, которое может иметь место не только при вагинизме, но и вследствие болей в гениталиях, обусловленных гинекологической патологией. «В этих случаях, оно носит характер защитной безусловно-рефлекторной реакции и в отличие от вагинизма может быть названо псевдовагинизмом».

А. И. Федорова, С. В. Екимов [9], обсуждая проблему возникновения спазма мышц входа во влагалище вследствие наличия гинекологической патологии, сообщают о возможности развития психогенного охранительного спазма. Они отмечают, что все расстройства, изначально препятствующие проведению полового акта, следует относить к другим рубрикам (плотная девственная плева – N89.6, стриктура и атрезия влагалища – N89.5, послеоперационные спайки влагалища – N99.2 и др.).

Цитируемые авторы [9, с. 9] считают, что феномен вагинизма может быть исключительно психогенным. Они утверждают, что «спазм мышц входа во влагалище во всех случаях, даже на фоне органических препятствий – психогенная реакция. Невозможность же полового акта вследствие различных препятствий, вызванных заболеваниями половых органов, следует шифровать в соответствии с их нозологией. В дополнение к ним может выставляться диа-

гноз вагинизма, который означает присоединение психогенной реакции спазма вагинальных мышц».

Также эти авторы совершенно справедливо полагают [9], что такой общий критерий сексуальных дисфункций МКБ-10, как возможность постановки диагноза только спустя 6 месяцев их существования, не может быть признан целесообразным, так как чем раньше начато лечение вагинизма, тем выше его эффективность и меньше шансов для возникновения дополнительных психогенных наслоений. По нашему мнению, необходимость существования для установления диагноза такого длительного временного ограничителя нецелесообразно по отношению к различным сексуальным дисфункциям, так как отказ от лечения расстройства на ранних сроках может вести к его хронизации и ухудшению качества жизни человека на довольно продолжительный период времени.

В классификации психических и поведенческих расстройств Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) вагинизм неорганической природы (F52.5) определяется как спазм окружающих влагалище мышц, вызывающий окклюзию его открытия. Сообщается, что введение члена невозможно или причиняет боль. Вагинизм может представлять собой и вторичную реакцию на локально обусловленную боль, и в таком случае эту рубрику не следует применять [7]. С этой целью используется шифр N94.2 («вагинизм»), где речь идет о вагинизме органического генеза.

В Международной классификации 11-го пересмотра, которая начнет внедряться с 2022 г., произошел ряд изменений. Среди них существенные инновации коснулись состояний, связанных с сексуальной сферой. Основным изменением было перенесение сексуальных дисфункций из «Психических и поведенческих расстройств» в отдельный раздел «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем», который включает сексуальные дисфункции, в том числе сексуальные болевые расстройства, парафилические расстройства и гендерное несоответствие, а также ряд других состояний [63; 64; 79; 84].

Ряд категорий МКБ-10, включая сексуальные расстройства, основывался на картезианском разделении «органических» (физических) и «неорганических» (психических) состояний. Таким образом, сексуальные дисфункции, которые считались неорганическими, были включены в главу о психических расстройствах, в то время как те, которые относились к органическим, по большей части были перечислены в главе, посвященной заболеваниям мочеполовой системы. В МКБ-11 мозг и тело рассматриваются как единое целое, при этом считается, что сексуальные дисфункции связаны с взаимодействием физических и психологических факторов. Таким образом, было отменено различие между органическим и неорганическим, а органические и неорганические расстройства были объединены [65; 81].

Как отмечалось нами во 2-й главе, в последней американской классификации сексуальных расстройств 2013 г., которая нашла отражение в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го переиздания (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-V) [31], используется термин «генитально-тазовая боль / расстройство пенетрации» («genito-pelvic pain/penetration disorder». – 302.76). В данном случае речь идет о совокупном диагнозе, объединяющем вагинизм и диспареунию. Решение о таком обобщенном диагнозе было принято в данной классификации со ссылкой на тот факт, что обе названные сексуальные дисфункции являются в высокой степени коморбидными и трудно различимыми.

Может быть назван целый ряд публикаций, в которых приводятся данные о трудности различения вагинизма и диспареунии. Так, М. Е. de Kruiff и соавт. [29], обследовав 30 пациенток, направленных в амбулаторную клинику психосоматической гинекологии и сексологии с тем или иным из указанных диагнозов, пришли к выводу, что ни интервью, ни физикальное обследование не дали полезных критериев, позволяющих отличить вагинизм от диспареунии. Мысли о трудности дифференциации вагинизма и диспареунии высказываются и другими авторами [53]. На основании этого предлагалось объединить диагнозы вагинизма и диспа-

реунии в единый диагностический объект, называемый «генитально-тазовая боль / расстройство пенетрации» («genito-pelvic pain/penetration disorder») [19].

В DSM-V выделяют следующие критерии этого объединенного расстройства [31]:

A. Стойкие или повторяющиеся трудности с одним (или несколькими) из следующего:

1. Влагалищное проникновение во время полового акта.
2. Выраженная вульвовагинальная или тазовая боль во время вагинального полового акта или попытки проникновения.

3. Выраженный страх или беспокойство по поводу вульвовагинальной или тазовой боли в ожидании, во время или в результате вагинального проникновения.

4. Отмечается напряжение или сжатие мышц тазового дна при попытке влагалищного проникновения.

B. Симптомы критерия A сохраняются в течение как минимум 6 месяцев.

C. Симптомы и критерии A вызывают клинически значимый дистресс у индивидуума.

D. Сексуальная дисфункция не лучше объясняется не-сексуальным психическим расстройством или как следствие тяжелого расстройства отношений (например, насилие партнером), или другими значимыми стрессорами и не связана с воздействием какого-либо вещества / лекарства или другого медицинского состояния (расстройства).

Рекомендуется выделять расстройства, существующие с начала половой жизни (lifelong) или возникшие после периода относительно нормального сексуального функционирования (acquired), а также указывать их тяжесть, ориентируясь на испытываемый пациентками дистресс (слабый, умеренный, тяжелый). Трудность, связанная с вагинальным половым актом / проникновением (критерий A1), может варьироваться от полной неспособности к вагинальному проникновению в любой ситуации (половое сношение, гинекологическое обследование, тампонирование) до способности легко возникать в одной ситуации, но не появляться в другой [31].

Боли могут возникать в разных местах генитального отдела таза. Оценивается локализация боли, а также её интенсивность. Боль может быть как поверхностной (вульвовагинальная или возникающая во время проникновения), так и глубокой (тазовой, то есть не ощущаемой до более глубокого проникновения). Боли в области тазового дна могут возникать не только при половом акте или механической стимуляции, но и спонтанно. Также рекомендуется характеризовать характер боли (например, жгучие, режущие, стреляющие, пульсирующие). Боль может сохраняться в течение некоторого периода времени после полового акта, а также возникнуть при мочеиспускании [31].

При оценке характеризуемого расстройства необходимо учитывать пять факторов, которые могут указывать на его этиологию и нацеливать на соответствующее лечение [31]:

1. Партнерские факторы (например, сексуальные проблемы партнера и состояние его здоровья).

2. Факторы, связанные с отношениями сексуальных партнеров (например, плохая коммуникация, различия в частоте возникновения желания сексуальной активности).

3. Индивидуальные факторы уязвимости (например, негативный образ тела, история сексуального или эмоционального насилия), сопутствующая психическая патология (например, депрессия, тревожность) или воздействие стрессоров (например, потеря работы, утрата).

4. Культурные / религиозные факторы (например, запреты на сексуальную активность; отношение к сексуальности). Так, сообщается, что в такой мусульманской стране, как Турция, отмечается чрезвычайно высокая частота этого расстройства.

- 5 Медицинские факторы, относящиеся к прогнозу, течению расстройства или его лечению.

Каждый из этих факторов может по-разному влиять на проявляющиеся симптомы у разных женщин с этим расстройством.

В характеризуемой классификации отмечается, что о повторяющихся болях во время полового акта сообщают приблизительно 15% женщин в Северной Америке.

В МКБ-11 вагинизм был реклассифицирован в сексуальное расстройство, связанное с болью при проникновении [sexual pain-penetration disorder], без деления его на органические и неорганические формы и имеет единый шифр HA20. Диагноз «диспареуния» в МКБ-11 сохранился, но без деления её на неорганические и органические варианты, и соответствует шифру GA12.

Сексуальное расстройство, связанное с болью при проникновении, характеризуется по крайней мере одним из следующего: 1) выраженными и постоянными или повторяющимися трудностями с проникновением, в том числе из-за непроизвольного сжатия или напряжения мышц тазового дна во время попытки проникновения; 2) выраженной и постоянной или повторяющейся вульвовагинальной или тазовой болью при проникновении; 3) выраженным и постоянным или повторяющимся страхом или беспокойством по поводу вульвовагинальной или тазовой боли в ожидании, во время или в результате проникновения [41].

Эти симптомы повторяются во время сексуальных взаимодействий, включающих проникновение или потенциально связанных с ним [предполагающих его возможность], несмотря на адекватное сексуальное желание и стимуляцию; не полностью связаны с заболеванием, которое отрицательно влияет на область таза и приводит к генитальной и / или связанной с пенетрацией проникающей боли или к психическому расстройству; не полностью связаны с недостаточной вагинальной смазкой или постменопаузальными / возрастными изменениями и связаны с клинически значимым дистрессом. Исключаются диспареуния (GA12) и боль, связанная с вульвой, влагалищем или тазовым дном (GA34.0) [41].

Сексуальное расстройство, связанное с болью при проникновении (HA20), подразделяется на [41]:

Пожизненное генерализованное (HA20.0)

Человек всегда испытывал боль в области гениталий и таза или трудности, связанные с проникновением, с момента начала соответствующей сексуальной активности, и жела-

емая реакция в настоящее время отсутствует или уменьшается при любых обстоятельствах, включая мастурбацию.

Пожизненное ситуативное (HA20.1)

Человек всегда испытывал генитально-тазовую боль или трудности с пенетрацией с момента начала соответствующей сексуальной активности, и желаемая реакция в настоящее время отсутствует или уменьшается в некоторых обстоятельствах, с некоторыми партнерами или в ответ на некоторые стимулы, но не в других ситуациях.

Приобретенное генерализованное (HA20.2)

Боли в области гениталий и таза или трудности с пенетрацией возникли не с начала половой жизни, а спустя некоторый период времени. Желаемый ответ в настоящее время отсутствует или уменьшается при любых обстоятельствах, включая мастурбацию.

Приобретенное ситуативное (HA20.3)

Возникновение генитально-тазовой боли или трудности с пенетрации следовало за периодом времени, в течение которого человек не испытывал этого, и желаемый ответ в настоящее время отсутствует или уменьшается в некоторых обстоятельствах, с некоторыми партнерами или в ответ на некоторые стимулы, но не в других ситуациях.

Неуточненное (HA20.Z)

При сопоставлении основных критериев genito-pelvic pain/penetration disorder в DSM-V, где речь идет о совокупном диагнозе вагинизма и диспареунии, и sexual pain-penetration disorder в МКБ-11, где речь идет только о вагинизме, каких-либо отличий между этими критериями, как следует из представленного нами выше материала, выявить не удастся, несмотря на существование в МКБ-11 отдельной рубрики «диспареуния».

А. И. Федорова, С. В. Екимов [9, с. 9-10] приводят следующие критерии вагинизма:

«1. Бессознательный (неконтролируемый) спазм мышц входа во влагалище, возникающий при попытке введения полового члена и достаточный для его предотвращения.

2. Спазм влагалищных мышц сопровождается иррациональным страхом полового акта и специфическими поведенческими реакциями избегания различной степени выраженности

3. Частое возникновение неконтролируемого спазма влагалищных мышц в ответ на попытку введения полового члена при возможности его отсутствия при определенных условиях и в определенных ситуациях. Этот критерий подчеркивает психогенную природу вагинизма, а также такое характерное свойство сексуальных дисфункций, как избирательность.

4. Вагинизм – сексуальное расстройство, в основе которого лежат нарушения сексуального функционирования, в частности неприятие полового акта, сексуального партнера, неадекватные представления о сексуальной функции и строении гениталий, обусловленные нарушениями психо-сексуального развития, негативным сексуальным опытом и другими причинами. Диагноз ставится тогда, когда симптомы не могут быть целиком приписаны другому психическому и поведенческому расстройству в МКБ-10, соматическому заболеванию или лекарственной терапии.

5. Вагинизм представляет собой спазм мышц, препятствующий интроекции, поэтому к вагинизму не относятся случаи невозможности проведения полового акта (и особенно дефлорации) из-за слабой эрекции у партнера, недостаточного опыта или знаний о половой жизни.

6. Спазм влагалищных мышц может возникать не только при попытке введения полового члена, но и при попытке любого проникновения во влагалище (пальцы гинеколога, исследовательские инструменты и другое) или даже при возникновении мыслей о такой возможности. Однако последнее необязательно. Учитывая избирательность сексуальных дисфункций, для постановки диагноза достаточно возникновения спазма при попытке проведения полового акта конкретным партнером».

Мышцы, которые вовлекаются в процесс сокращения при вагинизме

При вагинизме в процесс сокращения вовлекаются различные мышцы. Это мышцы влагалища, тазового дна, бедер. Считается, что лобково-копчиковая мышца (*the pubococcygeus muscle*) является основной мышцей, участвующей в вагинизме. Тем не менее Расік (Пачик) идентифицировал у людей еще две дополнительно задействованные спазмированные мышцы. К ним относятся входная мышца (бульбокавернозная [*bulbocavernosum*]) и срединно-влагалищная мышца (пуборектальная мышца [*puborectalis*]). Спазм входной мышцы является причиной феномена, который случается при попытке совершения полового акта. Пациентки заявляют: «Это похоже на удар о кирпичную стену» [61; 81].

В. И. Здравомылов и соавт. [2] сообщают еще об одной мышце, вовлекающейся при вагинизме. Они отмечают, что если в судорожном спазме мышц тазового дна с самого начала участвует *m. constrictor cunni*, то вход во влагалище сжат и совершенно не допускает введения полового члена (II и III степени вагинизма по А. М. Свядоцу). Если же в начале полового акта спазм *m. constrictor cunni* был незначительным, то введение полового члена еще возможно (I степень вагинизма по А. М. Свядоцу). В этом случае приступ вагинизма может случиться уже в процессе полового акта.

В. И. Здравомылов и соавт. [2] сообщают, что M. Walthard отмечал возможность возникновения при вагинизме целого комплекса рефлекторных движений: 1) приведение бедер и поворот их внутрь; 2) лордоз позвоночника; 3) замыкание тазового выхода; 4) смещение всего тела. Приведение бедер происходит вследствие судороги больших приводящих бедренных мышц (*m. adductor femoris magnus*), которые ранее образно называли «стражами девственности» (*m. custos virginum*). Невозможность интроитуса возникает вследствие судорожного сокращения мышц тазового дна (*m. levator ani*, *m. sphincter ani*, *mm. transversi perinei profundus et superficialis*), особенно *m. bulbocavernosus*.

В. И. Здравомылов и соавт. [2] высказывают свое несогласие с мнением ряда авторов (А. М. Свядош, R. Hofstatter, P. Friedlander и др.), которые считают, что при вагинизме иногда могут сокращаться и мышцы брюшной стенки. Это несогласие аргументируется заявлением, что группа мышц тазового дна и промежности является прямым антагонистом мышц брюшной стенки. При напряжении последних мышцы тазового дна и промежности расслабляются, а половая щель и анус приоткрываются.

Однако дискуссия по этому вопросу продолжается. Так, А. И. Федорова, С. В. Екимов [9, с 11-12], сообщают, что о глубине поражения при вагинизме может свидетельствовать генерализация симптоматики. Попытка влагалищной интродукции вызывает «не только спазм мышц входа во влагалище и тазового дна, сопровождающийся болью, но и рефлекторное сведение бедер, **сокращение мышц брюшной стенки**, судороги, изгибание и другие защитные движения тела. Иногда вместе с этим наблюдаются вегетативные компоненты страха: кожа бледнеет, выступает пот». О вовлечении при вагинизме мышц живота сообщает и Jeng Cherng-Jue [24]. Автор отмечает, что в тяжелых случаях вагинизма могут быть задействованы приводящие мышцы бедер, **прямые мышцы живота** и ягодичные мышцы.

Феномен пленения члена (penis captivus)

Существуют и другие разногласия. Так, В. И. Здравомылов и соавт. [2] сообщают, что в случае тяжелого приступа вагинизма может наступить penis captivus (пленение полового члена). Это может быть вызвано сильным спазмом мышц тазового дна, которое приводит к сильному сжатию основания пениса, в результате чего мужчина не имеет возможности извлечь его из влагалища. Так как артерии полового члена расположены более глубоко по сравнению с венами, а артериальное давление во много раз сильнее венозного, то кровь продолжает поступать в пещеристые тела пениса, в то время как её отток полностью прекращается. Это ведет к резкому увеличению объема полового члена, что еще более затрудняет возможность его выведе-

ния. Резкие попытки мужчины освободить плененный член еще больше усиливают спазмы у женщины. Боль может достигать большой силы и довести мужчину до крика и требования врачебной помощи.

Не все авторы считают, что у людей возможен феномен пленения члена. В то время, как одни авторы указывают на такую возможность (Davis, Fritzsche, Hildebrandt, Stockel, Benthin, Romer, Петрова, Бостанджиев, Hildebrandt), другие (Marsalek, Lehfeldt) считают, что у мужчин это вовсе не может случиться. По мнению ряда авторов, этот феномен бывает у собак. У женщины, считают они, мышцы тазового дна не настолько мощны, чтобы так сильно зажать мужской половой член. У самцов же собак и ряда других животных в половом члене есть продольно расположенная «косточка» (*os penis*), которая во время полового акта сокращением мышц переводится в поперечное положение. Вследствие этого пенис приобретает как бы крестообразную форму, что не дает возможности извлечь его из влагалища. В конце совокупления («с излитием семени») косточка вновь занимает продольное положение и пенис свободно вынимается [2].

В книге «Функциональная женская сексопатология» [2] сообщается о недавно вышедшей замуж 27-летней пациентке В. И. Здравомыслова, у которой во время гинекологического осмотра он почувствовал настолько сильное сжатие мышц влагалища, что с большим трудом мог извлечь пальцы. До регистрации брака, не желая терять девственности, она жила половой жизнью со своим будущим мужем, но вагинальный секс заменялся другими (суррогатными) его вариантами. В начале её жизни в супружестве в результате мощного непроизвольного сжатия мышц промежности начали случаться случаи пленения члена супруга во влагалище (*penis captivus*). Попытки мужа прервать акт приводили к усилению мышечного спазма и возникновению боли. *Penis captivus* случается не при каждом коитусе, а только несколько раз в месяц (в день, когда больной приходится много нервничать).

А. И. Федорова, С. В. Екимов [9] считают мнение, что характерный для вагинизма спазм мышц влагалища особой силы может развиваться уже после введения полового члена, – мифом. По их мнению, невозможность подобной ситуации определяется строением женских и мужских половых органов, в которых нет структур, способных создать «захват», как это может произойти, в частности, у спаривающихся собак. Стойкость этого мифа авторы объясняют наличием «страха кастрации» у мужчин, связанного с вагинальным проникновением (пресловутая фрейдовская «*vagina dentata*» – «зубастое влагалище»).

Тем не менее существуют единичные сообщения, которые свидетельствуют о такой возможности. Так, в 1950 году доктор Станичка из Брно дважды оказывал помощь одной и той же женщине, но с разными партнерами. Первый раз женщине была произведена инъекция атропина, второй – полный наркоз. О втором случае *penis captivus* сообщил доктор Slavka, главный врач Босковицкой больницы. На этот раз помощь заключалась в уколе иглой без всякой инъекции. Отекший пенис освободился в состоянии пассивной гиперемии [2].

В 1980 г. в *British Medical Journal* сообщалось о явном случае *penis captivus* [58]. В опубликованном в этом журнале письме доктор Брендан Масгрейв (Brendan Musgrave) сообщил, что в 1947 году, когда он был *houseman* в больнице округа Ройял Айл-оф-Уайт (the Royal Isle of Wight County Hospital), то наблюдал случай этого редкого состояния. «Я отчетливо помню, как подъехала скорая помощь, и двух молодых людей, по-моему, молодоженов, которых, как мне кажется, несли на одних носилках в отделение неотложной помощи. Женщине был введен анестетик, и они были выписаны позже тем же утром». Чтобы проверить достоверность своих воспоминаний, доктор Масгрейв позвонил своему старому другу – доктору С. В. Вулфу (S. W. Wolfe), который был в то время другим *houseman* в этой же больнице. Он подтвердил эту историю. Его точные слова были: «Я хорошо это помню» [58].

Kräupl K. Taylor [78], сообщает, что о возможности существования пленения члена свидетельствуют две статьи немецких гинекологов девятнадцатого века – Сканцони (Scanzoni) (1870) и Хильдебрандта (Hildebrandt) (1872), которые лично имели дело со случаями состояния, «не оставляющего сомнений в реальности этого необычного симптома», который, однако, «настолько редок, что часто рассматривается в настоящее время как не более, чем похотливый миф». Пациенткой Сканцони была здоровая молодая женщина, которая была замужем 6 месяцев. Её мужу в течение некоторого времени приходилось воздерживаться от полового акта, потому что это всегда приводило к спастическим вагинальным сокращениям у его жены, что несколько раз заканчивалось спазмом мышц *constrictor cunni*, который иногда длился более десяти минут и делал невозможным разделение пары [69].

Второй и наиболее полный отчет о пленении полового члена представил Hildebrandt (Хильдебрандт) [45]. Под его наблюдением находилась пациентка, которая была замужем в течение года. Однажды, когда половой акт подошел к концу, её муж почувствовал, что он, или, скорее, его головка, была сильно и глубоко зажата во влагалище («заключена в тюрьму»), в то время как весь его пенис находился во влагалище. Все попытки вывести из него член оказались безуспешны. Когда же он форсировал эти попытки, то причинял сильную боль себе и своей жене. Потный из-за волнения, тревоги и неспособности освободиться, он наконец был вынужден смириться и терпеливо ждать развязки. Он не мог точно сказать, сколько минут это длилось, его заточение казалось бесконечным. Затем препятствие исчезло само по себе, и он освободился из плена.

Kräupl K. Taylor [78] отмечают, что Хильдебрандт не согласился с мнением Сканцони о том, что за симптомом захвата полового члена ответственны мышцы *constrictor cunni*, которые недостаточно сильны, чтобы предотвратить движения полового члена. Он утверждал, что «виноваты» были мышцы, поднимающие задний проход, которые могли сильно сжимать нижнюю часть влагалища. Это согласуется с

сообщением мужа пациентки Хильдебрандта о том, что его пенис крепко удерживался за головку глубоко во влагалище, а не за его основание. Более того, у пациенток с вагинизмом Хильдебрандт наблюдал спастические сокращения мышц, поднимающих задний проход, которые были достаточно сильными, чтобы предотвратить прохождение даже тонкого зонда.

Существуют и другие свидетельства существования данного феномена. По нашему мнению, сложившемуся в результате анализа литературы по данному вопросу и собственного клинического опыта, пленение полового члена встречается чрезвычайно редко, что вызывает у некоторых специалистов большие сомнения в возможности его существования.

Психогенные и социогенные факторы, участвующие в формировании вагинизма

Р. Крукс, К. Баур [5] отмечают, что вагинизм может развиваться в результате существующих в течение некоторого времени болезненных половых актов; гинекологических исследований, которые вызывают дискомфорт; проблем с эрекцией у партнера; строгих религиозных табу, касающихся секса; физического или сексуального насилия в прошлом; чувства враждебности или страха по отношению к партнеру, а также вследствие гомосексуальной ориентации.

G. Jarząbek-Bielecka и соавт. [48] в качестве «традиционных этиологических коррелятов вагинизма» называют ранние травматические сексуальные переживания (например, сексуальное насилие), религиозную ортодоксальность, низкую самооценку и негативный образ тела, отрицательное отношение к сексуальности, отсутствие знаний о сексе и реакции страха.

Турецкими исследователями были изучены ретроспективные характеристики у 116 пациенток, у которых был диагностирован вагинизм. Травматический семейный анамнез был выявлен у 36 чел. (31,0%). Тринадцать пациентов (11,2%) были свидетелями половых актов своих родителей. Сексуальное домогательство имело место у 32 чел.

(27,6%), а изнасилование – у 28 (24,1%). Только 12 пациенток (10,3%) получили половое воспитание [39].

R. Achour и соавт. [12] обследовали 20 беременных пациенток с первичным (85%) или вторичным (15%) вагинизмом. Большинство женщин сообщили о консервативном семейном окружении (70%), в котором они получали мало сексуального образования или вообще не получали его (60%).

C. Borg и соавт. [21] отмечают, что относительно строгая приверженность консервативным ценностям и / или относительно строгим моральным стандартам, связанным с сексуальностью, логически ограничивает сексуальный репертуар и снижает порог переживания отрицательных эмоций в сексуальном контексте. В свою очередь, это может вызвать абстинентное поведение и поведение избегания, которое лежит в основе вагинизма. Авторы поставили перед собой цель изучить, действительно ли сильная приверженность консервативной морали и / или строгим сексуальным стандартам может быть связана с вагинизмом. Было сформировано 3 группы: женщины с диагнозом «вагинизм» (N = 24), женщин с диагнозом «диспареуния» (N = 24) и здоровая контрольная группа женщин без сексуальных жалоб (N = 32). Использовались Исследование ценностей Шварца (The Schwartz Value Survey; SVS) для изучения модели ценностей человека и Опросник сексуального отвращения (the Sexual Disgust Questionnaire; SDQ) для индексации готовности выполнять определенные сексуальные действия в качестве косвенного показателя моральных стандартов, связанных с сексом. В результате удалось установить, что группа «вагинизм» показала относительно низкие баллы по либеральным ценностям вместе со сравнительно высокими баллами по консервативным ценностям. Кроме того, группа «вагинизм» была более ограничена в своей готовности к определенному сексуальному поведению, чем контрольная группа. Группа «диспареуния» как по SVS, так и по SDQ располагалась между группой «вагинизм» и контрольной группой, но не отличалась существенно от любой из групп. На основании полученных результатов авторы

сделали выводы, которые согласуются с мнением, что низкие либеральные и высокие консервативные ценности, наряду с ограниченными сексуальными стандартами, вовлечены в развитие / поддержание вагинизма.

М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн [10] среди причин вагинизма называют различные страхи (например, страх боли или повреждения тканей при половом акте, страх не излечиться после тазовой травмы, боязнь забеременеть), а также общую тревожность, завышенные требования к сексу, неприятный сексуальный опыт в прошлом, негативное отношение к сексу и чувство вины. Также авторы называют «проблемы с партнером (например, насилие, эмоциональная отчужденность, страх связать себя обязательствами, недоверие, страх уязвимости и потери контроля), травматические события (например, прошлый опыт жертвы или свидетельницы эмоционального, физического или сексуального насилия), детские переживания (суровый эмоциональный климат в семье, негативное отношение к сексуальности, шокирующий сексуальный опыт, недостаток сексуального образования). Рейссинг и её коллеги (Reissing et al, 2003) заметили, что в их выборке среди женщин, испытывавших трудности с вагинальным проникновением из-за вагинизма, жертв сексуального насилия было вдвое больше, чем в других группах» [10, с. 183]. Также в качестве причинного фактора вагинизма называют фантазию и соответствующую фобию, что влагалище слишком маленькое, чтобы вместить член, а также травмирующие гинекологические осмотры, проводимые «несимпатичными специалистами в области здравоохранения» [27].

А. И. Федорова, С. В. Екимов [9] в связи с этим отмечают, что в настоящее время, в том числе и среди специалистов, широкое распространение получила точка зрения, что основными причинами вагинизма являются сексуальная травма (изнасилование, грубо проведенная дефлорация или травматичный агрессивный половой акт). В результате такого травмирующего опыта формируется стойкий страх перед предстоящей интродукцией, что ведет к вагинизму. Не отрицая влияния этих факторов, авторы тем не менее ука-

зывают, что такие пациентки составляют не более 10% от общего числа женщин с данной патологией. В остальных случаях физический травмирующий опыт, как правило, отсутствует. При этом авторы фиксируют внимание на следующих возможностях возникновения вагинизма. Хотя в данных случаях женщины могут сообщать о перенесенном изнасиловании (на поверхности находится некий факт изнасилования), но речь идет о следующем механизме формирования данной патологии. Он обусловлен инфантильным, незрелым отношением женщины к сексуальности, непониманием и недооценкой ею особенностей мужского сексуального поведения, восприятия реалий полового акта в качестве акта агрессии, акта неприятного и травмирующего. «К примеру, не совсем юная девушка какое-то, иногда продолжительное время встречается с мужчиной, поддерживает романтические отношения или может практиковать эротические ласки, глубокий петтинг, но к половому акту не готова. Мужчина в какой-то момент «требуется» проведения полового акта, проводит или чаще осуществляет попытку провести его «насильно». Агрессивные атрибуты его поведения при этом могут иметь различную степень выраженности. Именно в этот момент или сразу после него возникают первые симптомы вагинизма. После этого девушка либо прекращает отношения, либо попытки полового акта еще несколько раз повторяются с тем же партнером» [9, с. 14].

Далее цитируемые авторы, обращаясь к физиологии и психологии сексуальности, указывают, что для проведения полового акта, а тем более дефлорации необходима достаточная эрекция, активность партнера и некоторая степень его «агрессивности», а феномен вагинизма как бы препятствует акту агрессии и вторжению внутрь женского тела. Вместе с тем эти же авторы сообщают, что в современной сексологической литературе отмечается связь случаев вагинизма не столько с агрессивным, грубым сексуальным контактом, сколько с недостаточно активным поведением партнера.

В литературе можно встретить данные не только о сравнительно небольшом влиянии сексуального насилия в

развитии вагинизма, но даже и парадоксальные высказывания, согласно которым у больных вагинизмом уровень сексуального насилия ниже, чем в популяции. Об этом, в частности, пишет Jeng Cherng-Jye [24]. Автор сообщает о существующих утверждениях, что переживание или свидетельство сексуальной травмы является причинным фактором в развитии вагинизма [13; 20; 30; 50; 74]. Однако, продолжает автор, в исследованиях с контрольными группами или группами сравнения не было отмечено значительных групповых различий в распространенности сексуального насилия [16; 44; 59]. Пострадавшие и бывшие пациенты считали сексуальное насилие наименее важным [82]. В одном исследовании уровень распространенности сексуального насилия у женщин с вагинизмом был фактически ниже, чем в общей популяции [17]. В нашей клинической практике были случаи, когда именно сексуальное насилие или попытки к нему приводили у женщин к развитию вагинизма.

Анализируя данные литературы о роли психогенных факторов в генезе вагинизма, Jeng Cherng-Jye [24] также ссылается на мнение W. Masters и V. Johnson [57], которые полагали, что для вагинизма характерен чрезмерно суровый контроль, проистекающий из религиозной ортодоксии, сексуальной травмы в анамнезе или попыток гетеросексуальной активности со стороны женщины с гомосексуальной идентификацией. Хотя некоторые авторы, продолжает Jeng Cherng-Jye [24], считали, что высокие моральные ожидания, порожденные материнским воспитанием [16], или чувство вины, возникающее в результате строгого религиозного воспитания [74], может привести к вагинизму, религиозность в этом плане как причинный фактор данной патологии не получила постоянной поддержки [20; 33; 55]. В исследовании С. J. Jeng [49] религиозная ортодоксия не имела ничего общего с вагинизмом. По нашему мнению, ортодоксальное религиозное воспитание может играть роль в генезе вагинизма.

А. И. Федорова, С. В. Екимов [9, с.18] отмечают, что вагинизм может быть обусловлен агрессивно-доминантными личностными механизмами. В этих случаях речь идет о

непрятии женщиной подчиненной роли в сексуальном взаимодействии. «Конкурентные отношения с мужчинами не позволяют «дать слабину», «проиграть в конкурентной борьбе», допустить мужское доминирование (а половой акт воспринимается именно как такое доминирование)».

Оценивая варианты психогенных негативных влияний на формирование вагинизма, А. И. Федорова, С. В. Екимов [9, с. 18] указывают и на межличностные невротические механизмы его развития, что связано «с конфликтом между необходимостью, желательностью половой жизни с партнером (по социальным, экономическим или иным несексуальным мотивам) и неприемлемостью её из-за особенностей оценки его личностных, социальных, сексуальных или репродуктивных качеств. Личностный смысл такого вагинизма заключается в защите от конкретных сексуальных отношений. Он может носить избирательный характер – существовать с одним партнером при возможности проведения полового акта с другим».

Цитируемые авторы также сообщают, что вагинизм может символизировать отказ от полового акта с недостаточно мужественным партнером, а также свидетельствовать о наличии манипулятивных механизмов, которые способны привести к развитию избирательного вагинизма, который возникает при попытке проведения полового акта с одним мужчиной и отсутствует при сексуальных контактах с другими мужчинами. В этих случаях существующая установка, что секс нужен только мужчинам, порождает программу награды сексом за желаемое поведение партнера.

Jeng Cherng-Jye [24], рассматривая психогенные причины вагинизма, сообщает, что он может быть обусловлен страхом беременности, чувством тошноты, разрывом помолвки, обнаружением физического дефекта у мужа после замужества или отрицанием женственности, неприятным запахом изо рта. В некоторых случаях причиной может быть то, что муж в сознании женщины стал представлять собой «отца», и поэтому она считает, что секс с ним будет инцестом. По мнению J. L. Silverstein [74] вагинизм представляет собой оборонительную потребность в закрытии,

чтобы защитить себя, держаться подальше, забаррикадироваться и обеспечить границы. Вагинизм защищает от ожидаемой боли и вторжения, реализует желание сохранить целостность личности. Партнер у женщин с данной патологией может репрезентировать отца-агрессора, но поскольку они не могут злиться непосредственно на него, то проецируют агрессию на своих партнеров. Они не чувствуют себя в безопасности, когда открываются эмоционально или физически. Агрессивная реакция на интроецированный образ отца проецируется на мужа, которого она воспринимает как угрожающего и навязчивого.

R. Fadul и соавт. [35] сообщают, что имеются данные, согласно которым женщины имеют более высокую вероятность развития вагинизма, если они боятся боли, травм, кровотечения, страха потерять контроль и испытывают приступ паники, если занимаются сексом с проникновением. В Институте человеческой сексуальности (the Institute of Human Sexuality) авторы проинтервьюировали 120 женщин (40 с вагинизмом, существующим с начала половой жизни, и 80 без вагинизма). В результате было выявлено, что у женщин, которые боятся потерять контроль во время полового акта, вероятность развития вагинизма была во много раз выше, чем у тех, кто боится пострадать от боли или получить физические повреждения.

Опрос 89 женщин, страдающих вагинизмом, выявил, что тремя наиболее распространенными его причинными факторами являются страх перед болезненным сексом, вера в то, что он был неправильным или постыдным, а также травмирующий опыт в раннем детстве [82]. Причиной возникновения защитного рефлекса, который вызывает непроизвольное сокращение тазовых мышц, может быть чувство отвращения при мысли о вагинальном контакте с проникновением полового члена [28].

Существуют и психоаналитические трактовки формирования вагинизма. Классическая психоаналитическая теория, отмечают Т. Harish и соавт. [42], концептуализировала вагинизм как конверсионное расстройство, вызванное неразрешенными психосексуальными конфликтами в раннем

детстве. Женщины с вагинизмом были охарактеризованы как «фиксированные на доэдиповой или эдипальной стадии» или регрессировавшие к ним [66].

Jeng Cherng-Jye [24] в связи с этим сообщает следующее. Некоторые авторы и до настоящего время считают, что женщины, которые страдают вагинизмом, завидуют мужчинам и относятся к ним враждебно. Кроме того, эти женщины испытывают бессознательное желание кастрировать мужчин. Провозглашается, что зависть к пенису – универсальное явление, возникающее во время «фаллической фазы развития молодой девушки». Согласно этой теории, если девочка не «разрешит» свою «зависть к пенису», то в более позднем возрасте у неё может развиться вагинизм. Вагинизм в данной концептуализации представляет собой физическое выражение бессознательного желания женщины не допустить мужчину реализовать свои сексуальные желания или, более конкретно, желания «кастрировать» его в отместку за собственную «кастрацию».

Jeng Cherng-Jye [24] приводит данные обзора E. D. Reissing и соавт. [66], в котором сообщается, что феминистская теория концептуализирует сексуальность в целом и вагинизм в частности в социокультурном контексте как неотъемлемую часть дискурса о теориях и представлениях о мужественности и женственности [32; 60]. «Этот подход игнорирует вагинальный спазм (и традиционную терапевтическую цель – проникающий половой акт) и вместо этого сосредотачивается на эмоциональных препятствиях для полового акта, лежащих в основе вагинизма, то есть страхе близости [82], симптоме защитной потребности, которую необходимо закрыть [74], попытке женщины сопротивляться, чтобы получить право быть соавтором сексуальной повестки дня [52], скрытом сигнале протеста против набора сексуальных ролей [32] или симптоме отсутствия самоопределенных границ [71]. Этот теоретический подход рассматривает вагинизм как защитную реакцию организма на эмоциональную боль, но без негативной коннотации сексуальной дисфункции. Физическая защита может быть вызвана не переживанием и / или ожиданием физической бо-

ли, но может представлять собой защиту от эмоциональной боли и нежелательного «вторжения» [66].

Биогенные факторы, участвующие в формировании вагинизма

В литературе приводятся различные соматические патологии, которые могут способствовать возникновению вагинизма. Так, Tessa Crowley и соавт. [27], ориентируясь на литературные данные, называют такие факторы, как инфекции половых путей, вестибулит, постменопаузальный дефицит эстрогена, травмы, связанные с хирургическим вмешательством на половых органах (например, с эпизиотомией) и лучевую терапию [70]. Отмечается, что проблемы с возбуждением обуславливают плохое увлажнение влагалища и, соответственно, болезненный половой акт. Нарушение возбуждения чаще встречается у женщин с диабетом, рассеянным склерозом или травмой спинного мозга [34; 75].

Т. Crowley и соавт. [26] в качестве способствующих развитию вагинизма факторов называют вестибулодинию, постменопаузальный дефицит эстрогена, травмы, связанные с хирургическим вмешательством на половых органах, аномалии девственной плевы. Сообщается, что трудности с вагинальным проникновением могут быть обусловлены инфекциями половых путей и лучевой терапией тазовых органов [70]. Недостаточная lubricация, недостаточное расширение влагалища и болезненный половой акт могут быть следствием недостаточного сексуального возбуждения, которое, как отмечалось нами ранее, чаще встречается у женщин с диабетом, рассеянным склерозом или травмой спинного мозга. Электромиография мышц тазового дна и оценка активности полового нерва у женщин с вагинизмом выявили нейрофизиологические аномалии, что свидетельствует о том, что в этом состоянии присутствуют изменения центральной нервной системы [37].

Cherng-Jye Jeng [24] отмечает, что в списки возможных органических причин вагинизма обычно включаются аномалии пищеварительной системы; врожденные аномалии;

атрофия и спайки влагалища; атрофия влагалища и спаечные процессы в результате вагинальной хирургии или интравагинального облучения; выпадение матки; синдром вестибулита вульвы; эндометриоз; инфекции; поражения влагалища и опухоли; заболевания, передающиеся половым путем, и застойные явления в тазовой области [11; 17; 18; 25; 54; 68; 73; 76; 77]. J. F. Steege [76] предположил, что спазм может возникать как реакция на понятные болезненные стимулы (например, при проведении полового акта во время эпизода вагинита), но продолжается как условная реакция даже после того, как основная проблема решена.

М. А. Ярхауз и Э. С. Н. Тэн [10] сообщают, что физическими причинами трудностей с вагинальным проникновением (помимо физиологических, обусловленных недостаточной смазкой вследствие недостаточных предварительных ласк) могут быть соматические заболевания (например, инфекции мочевыводящих путей, грибковые инфекции, венерические болезни, эндометриоз, опухоли в области гениталий и таза, кисты, раковые заболевания, вульводиния, воспаление органов таза, экзема, псориаз, выпадение стенки влагалища, боли после естественных родов, родовых осложнений, кесарева сечения. Также называются возрастные проблемы (например, менопауза, гормональные изменения, сухость влагалища, атрофия влагалища, недостаток влагалищной смазки), тазовая травма (например, операция в области таза, сложные обследования таза).

М. Атмаса и соавт. [14] провели магнитно-резонансную томографию у десяти пациенток с вагинизмом и десяти женщин контрольной группы, которые соответствовали по возрасту и полу. Было обнаружено, что средний объем правой миндалины, левого и правого гиппокампа были меньше у пациенток с вагинизмом по сравнению с лицами контрольной группы. Авторы считают, что эти изменения позволяют предположить, что вагинизм может быть вызван страхом.

Данные, представленные в этой главе, ранее нашли отражение в моей статье, опубликованной в специализированном журнале [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вагинизм. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Вагинизм> (дата обращения: 26.09.2020).
2. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 271 с.
3. Кочарян Г. С. Вагинизм: частота, определения, диагностические критерии, формирование // Здоровье мужчины. – 2020. – №4 (75). – С. 22–31. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2020.225572>
4. Кочарян Г. С. Диспареуния как клиническая проблема // Здоровье мужчины. – 2020. – №3 (74). – С. 65–74. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2020.216073>
5. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
6. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х + 692 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
8. Свядощ А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
9. Федорова А. И., Екимов С. В. Вагинизм: учебное пособие. – Санкт-Петербург: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. – 40 с.

10. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств / Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
11. Abramov L., Wolman I., David M. P. Vaginismus: an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome // *Gynecol Obstet Invest.* – 1994. – 38. – P. 194–197.
12. Achour R., Koch M., Zgueb Y., Ouali U., Ben Hmid R. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties // *Psychol Res Behav Manag.* – 2019. – 12. – P. 137–143. DOI:10.2147/PRBM.S186950
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. – Washington, DC, 1994.
14. Atmaca M., Baykara S., Ozer O., Korkmaz S., Akaslan U., Yildirim H. Hippocampus and amygdala volumes in patients with vaginismus // *World J Psychiatry.* – 2016. – 6 (2). – P. 221–225. DOI:10.5498/wjp.v6.i2.221
15. Bancroft J., Coles L. Three years' experience in a sexual problems clinic // *BMJ.* – 1976. – 1 (6025). – P. 1575–1577.
16. Barns J. Primary vaginismus (Part 1): Social and clinical features // *Irish Medical Journal.* – 1986. – 79 (3). – P. 59–62.
17. Basson R. Lifelong vaginismus: a clinical study of 60 consecutive cases // *J Soc Gynecol Obstet Can.* – 1996. – 18 (6). – P. 551–561.
18. Beck J. G. Vaginismus / W. O'Donohue, J. H. Geer (Eds). *Handbook of Sexual Dysfunctions: Assessment and Treatment.* – Boston: Allyn & Bacon, 1993. – P. 381–397.
19. Binik Y. M. The DSM diagnostic criteria for vaginismus // *Arch Sex Behav.* – 2010. – 39 (2). – P. 278–291. DOI:10.1007/s10508-009-9560-0
20. Biswas A., Ratnam S. S. Vaginismus and outcome of treatment // *Ann Acad Med Singap.* – 1995. – 24 (5). – P. 755–758.

21. Borg C., de Jong P. J., Weijmar Schultz W. Vaginismus and dyspareunia: relationship with general and sex-related moral standards // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (1). – P. 223–231. DOI:10.1111/j.1743-6109.2010.02080.x
22. Carvalho J. C. G. R., Agualusa L. M., Moreira L. M. R., Costa J. C. M. D. Terapêutica multimodal do vaginismo: abordagem inovadora por meio de infiltração de pontos gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo [Multimodal therapeutic approach of vaginismus: an innovative approach through trigger point infiltration and pulsed radiofrequency of the pudendal nerve] // *Rev Bras Anesthesiol.* – 2017. – 67 (6). – P. 632–636. DOI:10.1016/j.bjan.2014.10.005
23. Catalan J., Hawton K., Day A. Couples referred to a Sexual Dysfunction Clinic // *BMJ.* – 1990. – 156. – P. 61–67. DOI: 10.1192/bjp.156.1.61
24. Cherng-Jye Jeng. The Pathophysiology and Etiology of Vaginismus // *Taiwanese J Obstet Gynecol.* – 2004. – 43 (1). – P. 10–15. DOI: 10.1016/S1028-4559(09)60047-4
25. Crenshaw T. L., Kessler J. Vaginismus // *Med Aspects Hum Sex.* – 1985. – 19. – P. 21–32.
26. Crowley T., Goldmeier D., Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus // *BMJ.* – 2009. – Jun 18;338:b2284. DOI: 10.1136/bmj.b2284.
27. Crowley Tessa, Richardson Daniel, Goldmeier David, Bashh Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction // *Int J STD AIDS.* – 2006. – 17 (1). – P. 14–18. DOI: 10.1258/095646206775220586.
28. de Jong P. J., van Overveld, M., Schultz W., Peters M. L., Buwalda F. M. Disgust and contamination sensitivity in vaginismus and dyspareunia // *Arch Sex Behav.* – 2009. – 38 (2). – P. 244–252.

29. de Kruiff M. E., ter Kuile M. M., Weijenborg P. T., van Lankveld J. J. Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? // *J Psychosom Obstet Gynaecol.* – 2000. – 21 (3). – P. 149–155. DOI: 10.3109/01674820009075622.
30. DeMoor W. Vaginismus: etiology and treatment // *Am J Psychother.* – 1972. – 26 (2). – P. 207–215. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1972.26.2.207.
31. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
32. Drenth J. J. Vaginismus and desire for a child // *J Psychosom Obstet Gynaecol.* – 1988. – 9 (2). – P. 125–137.
33. Duddle M. Etiological factors in the unconsummated marriage // *J Psychosom Res.* – 1977. – 21 (2). – P. 157–160. DOI: 10.1016/0022-3999(77)90083-6.
34. Enzlin P., Mathieu C., Vanderschueren D., Demyttenaere K. Diabetes Mellitus and female sexuality: a review of 25 years research // *Diab Med.* – 1998. – 15 (10). – P. 809–815. DOI: 10.1002/(SICI)1096-9136(199810)15:10<809::AID-DIA689>3.0.CO;2-Z. PMID: 9796879.
35. Fadul R., Garcia R., Zapata-Boluda R., et al. Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study // *J Sex Marital Ther.* – 2019. – 45 (1). – P. 73–83. DOI:10.1080/0092623X.2018.1484401
36. Ferri Fred F. Ferri's Clinical Advisor. – 2016. 2017 E-Book: 5. Books in 1. Elsevier Health Sciences. – 1984 p., p. 1330.
37. Frasson E., Graziottin A., Priori A., Dall'ora E., Didonè G., Garbin E. L., et al. Central nervous system abnormalities in vaginismus // *Clin Neurophysiol.* – 2009. – 120 (1). – P. 117–122.
38. Frenken J., Van Tol P. Sexual problems in gynaecological practice // *J Psychosom Obstet Gynecol.* – 1987. – 6 (2). – P. 143–155.

39. Funda Gungor Ugurlucan, Cenk Yasa, Ömer Demir, Sultan Can, Suleyman Engin Akhan. Vaginismus-is it a phobic reaction? May 2017 Conference: International Pelvic Pain Society Meeting and 1st Congress of Society of Pelvic Pain and Endometriosis, 2017, Istanbul.
40. Goldmeier D., Keane F. E., Carter P., Hessman A., Harris J. R., Renton A. Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic // *Int J STD AIDS*. – 1997. – 8 (5). – P. 303–306. DOI: 10.1258/0956462971920136.
41. HA20 Sexual pain-penetration disorder. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision, v2019-04. – URL: <https://www.findacode.com/icd-11/code-1932194482.html> (the date of the reference: 25.09.2020).
42. Harish T., Muliya K., Murthy P. Successful management of vaginismus: An eclectic approach // *Indian J Psychiatry*. – 2011. – 53 (2). – P. 154–155.
43. Hawton K. *Sex Therapy: A Practical Guide*. – Oxford: Oxford University Press, 1985.
44. Hawton K., Catalan J. Sex therapy for vaginismus: characteristics of couples and treatment outcome // *Sex Mar Ther*. – 1990. – 5 (1). – P. 39–48.
45. Hildebrandt. Ueber Krampf des Levator ani beim Coitus // *Archiv für Gynäkologie*. – 1872. – 3. – P. 221.
46. Hirst J. F., Baggaley M. R., Watson J. P. A four year survey of an inner-city psychosexual problems clinic // *Sex Marital Ther*. – 1996. – 11 (1). – P. 19–36.
47. Hope M. E., Farmer L., McAllister K. F., Cumming G. P. Vaginismus in peri- and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists // *Menopause Int*. – 2010. – 16 (2). – P. 68–73. DOI:10.1258/mi.2010.010016

48. Jarząbek-Bielecka G., Pisarska-Krawczyk M., Kędzia W., Mizgier M., Friebe Z. The problem of vaginismus with congenital malformation of the genital tract // *Postepy Hig Med Dosw* (Online). – 2016. – 70. – P. 556–561. Published 2016 May 31. DOI:10.5604/17322693.1203528
49. Jeng C. J. Clinical assessment and management of unconsummated marriage – primary vaginal penetration failure. PhD Dissertation. The Institute for Advanced Study of Human Sexuality. – San Francisco, 2003.
50. Jones K. D., Lehr S. T., Hewell S. W. Dyspareunia: three case reports // *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. – 1997. – 26 (1). – P. 19–23. DOI: 10.1111/j.1552-6909.1997.tb01503.x.
51. Kadri N., McHichi Alami K. H., McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study // *Arch Womens Ment Health*. – 2002. – 5 (2). – P. 59–63. DOI: 10.1007/s00737-002-0141-7.
52. Kennedy P., Doherty N., Barnes J. Primary vaginismus: a psychometric study of both partners // *Sex Mar Ther*. – 1995. – 10 (1). – P. 9–22.
53. Lahaie M. A., Boyer S. C., Amsel R., Khalifé S., Binik Y. M. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment // *Womens Health (Lond)*. – 2010. – 6 (5). – 705–719. DOI: 10.2217/whe.10.46.
54. Lamont J. A. Vaginismus // *Am J Obstet Gynecol*. – 1978. – 131 (6). – P. 633–636.
55. Leiblum S. R., Pervin L. A., Campbell E. G. The treatment of vaginismus: success and failure / Rosen R. C., Leiblum S. R. (Eds). *Principles and Practice of Sex Therapy*, 2nd edition. – New York: Guilford Press, 1989. – P. 113–138.
56. Marshania Z. Certain sociocultural aspects of prevalence and treatment of vaginismus in Georgia // *Health of Man*. – 2017. – №1 (60). – C. 71–73.

57. Masters W., Johnson V. Human Sexual Inadequacy. – Boston: Little & Brown, 1970.
58. Musgrave Brendan. Penis captivus has occurred // British Medical Journal. – 1980. – 280 (6206). – P. 5.
59. O’Sullivan K. Observation on vaginismus in Irish women // Arch Gen Psychiatry. – 1979. – 36 (7). – P. 824–826. DOI: 10.1001/archpsyc.1979.01780070102012.
60. Ogden J., Ward E. Help-seeking behaviour in sufferers of vaginismus // Sex Mar Ther. – 1995. – 10 (1). – P. 23–30.
61. Pacik P. T. Botox treatment for vaginismus // Plast Reconstr Surg. – 2009. – 124 (6): 455e-6e. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181bf7f11. PMID: 19952618.
62. Pacik P. T. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia // Aesthetic Plast Surg. – 2011. – 35 (6). – P. 1160–1164. DOI: 10.1007/s00266-011-9737-5
63. Parameshwaran Soumya, Chandra Prabha S. The New Avatar of Female Sexual Dysfunction in ICD-11–Will It Herald a Better Future? // Journal of Psychosexual Health. – 2019. – 1 (2). – P. 111–113. DOI: 10.1177/2631831819862408
64. Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. – Geneva: World Health Organization, 1992.
65. Reed Geoffrey M., Drescher Jack, Krueger Richard B., Atalla Elham, Cochran Susan D., First Michael B., Cohen-Kettenis Peggy T., Arango-de Montis Iván, Parish Sharon J., Cottler Sara, Briken Peer, Saxena Shekhar. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // World Psychiatry. – 2016. – 15 (3). – P. 205–221. DOI: 10.1002/wps.20354

66. Reissing E. D., Binik Y. M., Khalife S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature // *J Nerv Ment Dis.* – 1999. – 187 (5). – P. 261–274.
67. Renshaw D. C. Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 and 1987 // *Sex Marital Ther.* – 1988. – 3 (1). – P. 111–117.
68. Rey J. Vaginisme et dyspareunie à la ménopause [Vaginismus and dyspareunia in menopause] // *Probl Actuels Endocrinol Nutr.* – 1977. – 21. – P. 125–132. (In French).
69. Scanzoni F. W. Beiträge zur Geburtsurkunde und Gynäkologie. – 1870. – 7. – P. 109.
70. Schultz W., Basson R., Binik Y., Eschenbach D., Wesselmann U., Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (3). – P. 301–316. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x.
71. Shaw J. Treatment of primary vaginismus: a new perspective // *J Sex Marital Ther.* – 1994. – 20 (1). – P. 46–55. DOI: 10.1080/00926239408403416.
72. Shokrollahi P., Mirmohamadi M., Mehrabi F., Babaei G. H. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at a family planning centers in Tehran // *J Sex Marital Ther.* – 1999. – 25 (3). – P. 211–215.
73. Shortle B., Jewelewicz R. Psychogenic vaginismus // *Med Aspects Hum Sex.* – 1986. – 20. – P. 83–87.
74. Silverstein J. L. Origins of psychogenic vaginismus // *Psychother Psychosom.* – 1989. – 52 (4). – P. 197–204. DOI: 10.1159/000288324.
75. Sipski M. L., Alexander C. J., Rosen R. C. Physiological parameters associated with sexual arousal in women with incomplete spinal cord injuries // *Arch Phys Med Rehab.* – 1997. – 78 (3). – P. 305–313.

76. Steege J. F. Dyspareunia / F. P. Zuspan, E. J. Quilligan (Eds). Current Therapy in Obstetrics and Gynecology, 4th edition. – Philadelphia: WB Saunders, 1997. – P. 34–40.
77. Stuntz R. C. Physical obstructions to coitus in women // Med Aspects Hum Sex. – 1986. – 20. – P. 126–134.
78. Taylor Kräupl K. Penis captivus – did it occur? // British Medical Journal. – 1979. – 2 (6196). – P. 977–978. DOI:10.1136/bmj.2.6196.977
79. The World Health Organization (WHO) has announced the official publication of a new version of the International Classification of Diseases (ICD-11) which includes a new chapter on Conditions Related to Sexual Health, bringing together conditions that were previously categorized in other ways and mostly under mental disorders. – URL: https://www.isswsh.org/images/Draft_ICD-11_Statement_7-26-18_with_Simon_Edits.pdf (the date of the reference: 27.09.2020).
80. Tugrul C., Kabakci E. Vaginismus and its correlates // J Sex Marital Ther. – 1997. – 12 (1). – P. 23–24.
81. Vaginismus. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Vaginismus> (the date of the reference: 26.09.2020).
82. Ward E., Ogden E. Experiencing vaginismus–sufferers beliefs about causes and effects // Sex Mar Ther. – 1994. – 9 (1). – P. 33–45.
83. Wincze J. P., Carey M. P. Sexual Dysfunction. – The Guilford Press, 2001. – 226 p.
84. World Health Organisation. ICD11 Beta draft. 2019. – URL: <https://icd.who.int/dev11/f/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F334423054>. Accessed May 19, 2019.

ГЛАВА 4

ВАГИНИЗМ: СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, СЕМЕЙНОЕ РОДИТЕЛЬСКОЕ ОКРУЖЕНИЕ, ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК И ИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ, РЕАКЦИИ НА ПАТОЛОГИЮ, ДАННЫЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В предыдущей главе, посвященной вагинизму, а также в ранее опубликованной нашей статье [4] речь шла о некоторых его аспектах. Целью данной главы было расширить представления об этой патологии.

Степени выраженности

А. М. Свядош [6, с. 73-74], основываясь на результатах своих наблюдений, в зависимости от тяжести вагинизма, предложил выделять три его степени:

I степень – реакция (спазм соответствующих мышц) наступает при введении мужского полового органа во время полового акта или при введении врачом инструмента или пальца во влагалище. Когда речь идет об этой стадии выраженности вагинизма, пациентки допускают стимуляцию клитора рукой или половым членом мужчины, а также разрешают ему совершать половой акт интралабиально (между малыми губами), но не допускают введения полового члена во влагалище. В этих случаях может произойти «непорочное зачатие» (беременность при сохранности девственной плевы). В таких случаях после родов явления вагинизма обычно проходят.

II степень – реакция наступает при прикосновении к половым органам или при ожидании прикосновения к ним;

III степень – реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом обследовании.

По степени выраженности вагинизм также был классифицирован J. A. Lamont (Дж. А. Ламонт) [26]. Тяжесть состояния определялась при гинекологическом осмотре. При вагинизме первой степени возникает спазм мышц тазового дна, который можно ослабить. При второй степени этот

спазм присутствует и сохраняется даже при наличии уверенности. При третьей степени женщина приподнимает ягодицы, чтобы избежать осмотра. При вагинизме четвертой степени (наиболее тяжелой форме вагинизма) женщина приподнимает ягодицы, отступает и плотно смыкает бедра, чтобы избежать осмотра. Р. Т. Расик, J. B. Cole [31] расширили классификацию Ламонта, включив пятую степень выраженности вагинизма, при которой у женщины возникают такие реакции, как потоотделение, гипервентиляция, сердцебиение, дрожь, тряска, тошнота, рвота, желание спрыгнуть со стола или напасть на врача, потеря сознания [34].

Хотя вагинизм после родов в результате «непорочного зачатия» обычно проходит, В. И. Здравомылов и соавт. [3, с. 165] сообщают о такой возможности и приводят три случая тяжелого вагинизма у рожавших женщин. В их числе эксклюзивное наблюдение первичного вагинизма, который не ослабел в течение 10 лет супружеской жизни, несмотря на роды и аборты.

«В. П., 34 лет, инженер. Менструировать начала довольно поздно – в 18 лет, каждые 27 дней, по 5 дней. Около трех лет менструации были безболезненные, а потом с момента появления крови начинались боли. Онанизм отрицает, либидо вообще не было. В 24 года вышла замуж без большой любви к мужу. В первую брачную ночь был страх, попытки к коитусу крайне неприятны и болезненны. Дефлорации не состоялось и в дальнейшем. Все же вскоре больная забеременела и родила. Дефлорация изнутри головкой плода во время родов. После родов вагинизм продолжался с прежней силой. Половой акт только вестибулярный и неприятный (женщина избегает его). Все же наступило еще три беременности: две закончились абортами, третья – кесаревым сечением. После операции вагинизм настолько обострился, что в течение 5 лет не было ни одного полового акта. Супруги не разводятся, так как муж очень любит детей. За 10 лет не было ни одного нормального полового акта. Начато комплексное лечение. Вначале глубина сна была равна сомноленции, а потом – гипотаксии. После 5-го сеанса внушения больная впервые начала половую жизнь

... После 8 сеансов у женщины начало появляться либидо. Постепенно все наладилось, и после 15 сеансов комплексного лечения супруги стали жить нормальной половой жизнью. Больная стала испытывать оргазм».

Клинические формы

А. М. Свядощ [6, с. 73] выделяет две формы вагинизма: фобическую и истерическую. **Фобическая форма** сопряжена со страхом осуществления полового акта, возможные причины возникновения которого были представлены нами ранее [4]. Приведем фрагмент истории болезни нашей пациентки, где речь шла именно о такой форме вагинизма.

Больная М, 28 лет, разведена, имеет высшее музыкальное образование. Жалуется на невозможность проведения полового акта из-за спазма мышц. В 18 лет на отдыхе в Евпатории познакомилась с мужчиной, который был на 16 лет старше её. Он выглядел моложавым, запал ей в душу. После того как отдых закончился, периодически звонил ей из Москвы, где жил и работал. Через некоторое время (тогда ей было 18 лет) приехал в гости в Харьков. Её семья поселила его на своей квартире, где никто не жил. Матери пациентки он очень сильно нравился и «мы думали, что это даже когда-то закончится свадьбой». Пациентка периодически приходила туда, где он поселился. Этот мужчина ей нравился и физически к нему очень сильно тянуло. Была девственницей. Однажды (речь шла о встрече Нового года) пришла к нему в очередной раз. Мужчина напоил её шампанским, которое «сильно ударило в голову» (выпила 2 бокала). «Полез туда пальцем и попробовал языком», что доставило ей приятные ощущения. Перед этим целовал, обнимал. Но она ему сказала, что до свадьбы полового акта быть не может, так как у них такая семейная традиция. Затем он ушел в ванну («по-видимому мастурбировал»). Пациентка сказала ему, чтобы он спал в другой комнате. «Обычно мне нравилось спать на животе. Среди ночи проснулась от дикой боли, когда мне что-то вонзилось туда во влагалище. Мне было очень больно, я отскочила к стене и ударила головой. Было очень-очень больно. Он не кон-

чил. Я очень на него обиделась и больше к себе не подпускала. Он извинялся. Летом приехал на её день рождения и подарил ей 17 роз. Но к нему уже было недоверие. Жениться не предлагал, флиртовал с её невесткой (женой брата), и она в нем разочаровалась. У неё на него вообще была большая обида, но утверждает, что тогда на Новый год осталась девушкой. Потом этот мужчина периодически звонил. После изнасилования (1 раз) и до изнасилования (1 раз) пациентка приезжала к нему в Москву. В эти приезды полностью обнажались, были ласки, поцелуи, но попыток введения полового члена не было. Постепенно все сошло на нет. Мужчина сказал, что он не подходит ей, так как они разного социального происхождения (он из простой семьи, сам из Евпатории, но работал в Москве шофером на маршрутке). Затем встречалась с ребятами, вышла замуж, но половой акт из-за вагинизма, обусловленного страхом, так и не удалось осуществить.

Это была первая психическая травма, обусловившая возникновение вагинизма, но через много лет такая травма случилась повторно.

Два года назад пациентка со своей мамой поехала на море в санаторий, который был расположен между Масандрой и Никитским садом. Там она подружилась с одной девушкой и образовалась компания: они сдружились с местными ребятами. И один из них ей сильно понравился. Но сексом она не собиралась заниматься из-за боязни обнаружения вагинизма, так как тогда вся компания и весь санаторий узнали бы о существующей у неё проблеме. Однажды она с компанией очень много выпила, её подруга отлучилась с каким-то парнем, а наша пациентка с другой девушкой и двумя парнями, один из которых был местным, остались. Местный парень попросил, чтобы она проводила его домой, так как он много выпил и его может сбить машина. Пошли провожать его втроем. Тогда санаторий был уже закрыт, и её мама спала. Этот парень жил в частном секторе. Он завел её в комнату и сказал, что ему надо с ней поговорить. За несколько минут до этого куда-то делся второй парень (он был младше их). У парня, который жил в этом

доме, были «какие-то дикие глаза, очень суженные зрачки (их практически не было видно) и очень большая потливость тела». Он стал раздеваться, заталкивал пациентку на кровать, одновременно раздевая её. Она обалдела и начала приходить в себя после того, как много выпила. Раздел её догола и пытался всунуть свой член во влагалище. Когда он разделся, то увидела на нем очень много татуировок. Сообщает, что, скорее всего, он был уголовник, так как на спине у него были какие-то купола (татуировки) – 4 купола, а на запястьях какие-то перстни, кольца. Очень сильно перепугалась. «Я его умоляла, просила, плакала, а потом начала орать». Это услышала другая девушка и прибежала. Войти в комнату через дверь ей не удалось, и она выбила стекло. В этот момент пациентка ударила парня ногой (пяткой) в пах. Он упал, согнулся, обозвал её различными бранными словами, ринулся к двери. Тогда она схватила какое-то покрывало и забилась в угол. «У меня была жуткая истерика». Он схватил другую девушку за волосы и очень сильно ударил её о косяк двери. До этого он ударил пациентку в лицо, которое у неё болело. Ей стало очень страшно, возникла какая-то защитная реакция: «я выскочила на улицу, и мало того, что я была с бодуна, но там куча поворотов, куча домов, не знаю, куда мне бежать, и появилась какая-то внутренняя интуиция, какое-то чутье, что нужно повернуть направо и бежать». Его усадьба выходила на остановку. Это уже было в начале третьего ночи. Потом он её догнал и схватил за волосы. Ей удалось вырваться, но клочок её волос остался у него. Он тянул её в одну сторону, а девушка, которой уже удалось убежать на улицу, – в другую. Пациентке все же удалось вырваться из его двора (проскочила между поперечными прутьями в заборе), но при этом очень сильно ушиблась. Была почти полностью обнаженной. Девушка, с которой она попала в эту ситуацию, остановила легковую машину с двумя какими-то иностранцами. «Те просто обалдели: одна девушка окровавленная, а другая почти полностью голая. Меня очень сильно телепало». Утверждает, что этот случай сыграл даже большую роль для её патологии, чем первый.

Потом ей и её маме сказали, что подавать заявление в милицию на парня, который пытался её изнасиловать, бесполезно, что у него много друзей во внутренних органах. У него после произошедшего остались её вещи: джинсы, кофточка с лифчиком, мобильный телефон. Мама пациентки через день на свой страх и риск пошла к нему просить вернуть эти вещи. Но перед этим она (мать) поговорила с матерью этого насильника, которая рассказала, что у него несчастная личная жизнь, которая не сложилась: его жена уехала от него с ребенком, не сказав куда. Он её избивал. Также из этого разговора удалось узнать, что этот парень сидел в тюрьме, что её дочь здесь не первая и не будет последней, что она со своей мамой (его бабушкой) запираются в одном из домов, потому что когда он пьяный, то сильно буйный, а когда трезвый – то совершенно другой человек. Все кончилось тем, что для того чтобы забрать вещи дочери, маме пациентки еще пришлось заплатить деньги за разбитое стекло и за якобы украденные у него деньги и мобильный телефон.

Интерес этого клинического наблюдения состоит и в том, что оно подтверждает возможность существования феномена пленения члена (*penis captivus*) у людей. Один раз, когда эта пациентка попыталась осуществить вагинальный половой акт с мужчиной, «член туда наполовину вошел, и меня замкнуло, и его тоже». Он перепугался, хотел его вытащить, но ничего не получилось. «Мне было дико больно», так как мужчина пытался извлечь член силой.

Факторами, которые могут предрасполагать к развитию фобической формы вагинизма, могут быть: тревожная мнительность, боязливость, различные фобии (боязнь боли, вида крови, темноты и др.) Однако дефлорациофобия может иметь место и при отсутствии каких-либо других фобий.

В основе **конверсионного (истерического) вагинизма** лежит неосознаваемое или осознаваемое нежелание женщины жить половой жизнью с мужем / сексуальным партнером, что может быть обусловлено как психологическими причинами (конфликты), так и сексуальной дисгармонией, которая исключает возможность женщины получить

сексуальное удовлетворение (половое расстройство супруга / партнера, погрешности в сексуальной технике). А. М. Свядощ [6, с. 76] пишет: «Вагинизм же служит как бы средством для достижения этой цели. Он возникает по механизму «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности болезненного симптома», носит черты гротеска, драматического изображения отвращения и боязни половой близости и нередко сопровождается жалобами на «жгучие боли», возникающие при малейшем прикосновении к половым органам. Характерен вагинизм II степени, избирательный направленный лишь на определенное лицо». Конверсионный (истерический) вагинизм встречается редко.

Самовосприятие женщин

Женщины могут реагировать на существующую патологию по-разному. Они обычно испытывают стыд, отвращение и неприязнь к своим гениталиям. У женщин с задержками психосексуального развития характерны неадекватные, нереалистические представления об их строении. «Собственное влагалище представляется слишком маленьким для «такого большого» полового члена, женщины не знают, где находится вход в него, практически никогда к нему не прикасаются. Половая сфера становится своеобразным белым пятном на карте тела. Реже возникают фантазии об аномальности строения собственных гениталий, об опухоли, перекрывающей вход во влагалище» [8, с. 18]. Могут присутствовать идеи ущерба от половой жизни, например, обусловленные инфекцией. У женщин, помимо характерных для вагинизма страхов, часто есть или были другие фобии. Для них характерны размышления, которые катастрофицируют ситуацию («Я постоянно думаю об этом». «Я боюсь, что может быть что-то серьезное». «Я ничего не могу сделать, чтобы справиться с этим».) [8, с. 10].

Женщины с вагинизмом рассматривают половой акт как насилие или вторжение (инвазию). Вагинизм служит защитой от насилия. Большинство женщин либо были свидете-

лями физического насилия, либо ранее сами испытали его [23].

Вагинизм как неприятие полового акта может иметь место в связи с инфантильностью женщин, обусловленной задержками их психосексуального развития на стадиях формирования платонического и эротического либидо [8].

Семейное родительское окружение

J. L. Silverstein [33] сообщает, что анализ историй болезни 22 женщин, обращавшихся за психотерапией по поводу психогенного вагинизма, выявил, что когда они были детьми, почти у всех пациенток отцы были крайне критичными, властными, моралистичными и угрожающими. Более 90% этих женщин сообщили, что боятся своих отцов. У 45,5% из них отцы были алкоголиками, а у 22,7% отцов были психические (нервные) срывы, требующие госпитализации. Отношения между родителями были плохими, настоящее насилие или физическое воздействие имело место почти в 55% случаев. Многие женщины были свидетелями или слышали, как их матерей заставляли заниматься сексом. Матери были склонны подчиняться, но иногда сопротивлялись своим мужьям. Женщины, страдающие вагинизмом, считали своих матерей неэффективными, так как те не могли защитить себя и своих детей, и подчас беспомощно зависимыми, хотя обычно не пассивными. Их матери часто, но безуспешно боролись против доминирования их отцов. При половом акте пациентки идентифицировали себя с матерью и их незавидной (ужасной) ролью. Цитируемый автор обнаружил, что 63,6% женщин с вагинизмом часто рассматривались отцом как особые дети. Они были чрезмерно защищены, но отец не уважал частную жизнь или личные границы дочери. В 72,7% случаев отцы были чрезмерно соблазнительными со своими дочерьми. Казалось, что дочь каким-то особым образом заменяет свою мать. Отцы вели себя как ревнивые любовники, когда их дочери встречались с мужчинами. С одной стороны они были моралистами, но с другой – чрезмерно интересовались сексуальностью своих дочерей. Согласно исследованию С. J.

Jeng [23], в своих родительских семьях пациентки были «хорошими девочками», послушными, неспособными выразить свой гнев и постоянно нуждающимися в одобрении. Автор отмечает, что обычно отцы этих женщин чрезмерно опекают их [24].

Вагинизм и алекситимия

Алекситимия (от др.-греч. α- – приставка с отрицательным значением, λέξις – слово, θυμός – чувство, буквально «без слов для чувств») – затруднения в передаче, словесном описании своего состояния [7, с. 31]. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе – «нет слов для названия чувств»). Она представляет собой отсутствие возможности выразить эмоции в устной форме. Согласно исследованиям, от 5 до 23% здорового населения проявляют те или иные алекситимические черты. Алекситимию считают фактором риска психосоматических заболеваний. Эта точка зрения подтверждается клиническими исследованиями. Названное состояние не включено в международную классификацию болезней, поскольку его принято рассматривать не как заболевание, а как особенность нервной системы, которая никак не связана с умственными способностями человека [1; 2].

G. Сіосса и соавт. [14] провели исследование, целью которого было определить распространенность алекситимии и эмоциональной дисрегуляции у женщин с вагинизмом, не связанным с другими органическими или психопатологическими расстройствами. Исследование включало психометрическую оценку 41 пациентки с вагинизмом и 100 здоровых женщин детородного возраста. Алекситимию оценивали по Торонтской шкале алекситимии (Toronto Alexithymia Scale; TAS-20). Сексуальную функцию оценивали по Индексу женской сексуальной функции (Female Sexual Function Index; FSFI). В результате данного исследования было выявлено, что половина (51,1%) пациенток с вагинизмом были идентифицированы как алекситимичные или пограничные (алекситимический тренд) по сравнению с 18% лиц в контрольной группе. Кроме того, наблюдалась значи-

тельная разница в общих баллах по шкале TAS-20 между двумя группами ($P < 0,0001$). Таким образом, вероятность существования алекситимии у женщин, страдающих вагинизмом, в 3,8 раза выше, чем у здоровых женщин. Цитируемые авторы пришли к заключению, что ими обнаружена значительная корреляция между вагинизмом и алекситимией, которая теоретически может быть фактором риска вагинизма, хотя в будущем необходимы исследования, чтобы продемонстрировать любую цепь причинно-следственной связи между этими двумя состояниями.

Психопатологическая характеристика пациенток

Е. А. Yildirim и соавт. [37] обследовали 144 женщины, у которых был диагностирован первичный вагинизм. По крайней мере, одно коморбидное тревожное расстройство и / или депрессия были обнаружены в 79,86% случаев. В порядке убывания частоты выявления коморбидные расстройства расположились следующим образом: специфическая фобия (63,9%), большая депрессия (35,4%), социальное тревожное расстройство (13%), паническое расстройство (10%), обсессивно-компульсивное расстройство (5%), генерализованное тревожное расстройство (2%). В результате было сделано заключение, что распространенность депрессии и тревожных расстройств, особенно специфической фобии, была выше у пациенток с вагинизмом, чем у населения в целом.

Также было проведено исследование 116 пациенток с диагнозом «вагинизм» [19], которое выявило что у 14 из них (12,1%) был страх замкнутых пространств, у 20 (17,2%) – страх высоты, у 29 (25%) – страх животных и у 20 (17,2%) – страх темноты. Авторы пришли к выводу, что фобии часто встречаются у женщин, у которых диагностирован вагинизм.

G. Watts, D. Nettle [36] провели исследование с целью определить степень общей тревожности у женщин с вагинизмом и установить является ли общая тревожность следствием данной патологии или предрасполагающим фактором. Онлайн-анкета использовалась у 244 женщин, которые

сами идентифицировали у себя наличие вагинизма, и у 101 женщины, которые вошли в контрольную группу. Результаты этого исследования свидетельствовали о том, что у женщин, страдающих вагинизмом (основная группа), имеет место более высокий уровень тревожности и невротизма, а уровень экстраверсии у них ниже, чем в контрольной группе. Также в основной группе по сравнению с контрольной наблюдалась тенденция к большей распространенности диагностированных тревожных расстройств. Уровень тревожности был высоким среди женщин с вагинизмом, особенно тогда, когда они чувствовали, что их партнеры не поддерживают их или заставляют лечиться по поводу вагинизма. Авторы пришли к заключению, что уровень общей тревожности повышен среди женщин, страдающих вагинизмом, а полученные результаты свидетельствуют о том, что склонность к тревожности может быть предрасполагающим фактором для этой патологии. Они также пришли к выводу, что у вагинизма могут быть общие предрасполагающие факторы с тревожными расстройствами.

Помимо страха боли, у больных вагинизмом отмечали страх физического вреда или смерти во время коитуса и родов [12]. В единичных случаях речь может идти о суициде. А. М. Свядош [6] сообщает о 26-летней женщине, у которой в течение 2-х лет имела место дефрорациофобия, которую она не смогла преодолеть. Из-за этого она так и не смогла начать жить половой жизнью с мужем и совершила попытку самоубийства (отравилась). Была госпитализирована и в течение 3-х суток находилась в отделении реанимации. Однако и после этого не отказалась от намерения свести счеты с жизнью. Страх все же удалось устранить в течение 2-х недель, и она начала нормальную половую жизнь. Затем она забеременела и родила ребенка.

Сексуальные партнеры и их реакции на патологию

Женщины с вагинизмом отличаются склонностью выбирать партнеров, которые кажутся характерологически противоположными их отцам (добрыми, нежными и часто пассивными). И женщины, и их партнеры опасаются агрессии.

А. И. Федорова, С. В. Екимов [8] выделяют два типа партнеров, которые встречаются у женщин, страдающих вагинизмом. Для первого типа (**мужчины с невротическими чертами личности**) характерна застенчивость, осторожность, склонность к сомнениям, самоанализу, запрету, телесной и нравственной чистоте, мягкость, отсутствие сексуальной агрессивности. К своей подруге они относятся бережно, ценят её хрупкость и инфантильность. Им свойственно подчеркивать свое уважительное, «нетелесное» отношение к ней в противовес «грубому» сексуальному проникновению. Нередко у них имеют место задержки психосексуального развития. Они могут плохо представлять себе анатомию женщин, выражают сомнение в нормальности строения гениталий жены, часто не имеют достаточного сексуального опыта, озабочены болезненностью дефлорации, возможностью кровотечения, тем, что им предстоит «брать силой». Также у многих мужчин из этой группы может иметь место глубоко скрываемый страх возникновения у них боли при попытке дефлорации, повреждения о «жесткие» стенки влагалища, защемления пениса спазмированным влагалищем, нелепые представления о несоответствии размеров пениса и «этого маленького отверстия». Цитируемые авторы отмечают, что некоторые мужчины могут вполне удовлетворяться петтингом, орально-генитальными контактами, мастурбацией, и половой акт не является для них необходимым.

Второй тип партнеров (**мужчины, у которых имеют место сексуальные дисфункции**) [преждевременная эякуляция, чаще ante portas, слабость эрекции]. В этих случаях вагинизм партнерши маскирует наличие этих дисфункций, поэтому он может сознательно или неосознанно поддерживаться такими мужчинами. Когда в результате лечения женщина начинает проявлять большую сексуальную активность и возникает возможность интроекции и фрикций, тогда вскрываются сексуальные проблемы партнера [8].

Cherng-Jye Jeng [24], анализируя данную проблему, ссылается на статью J. Malleson [27], который сообщает, что мужчина может вызвать или обострить вагинизм у жен-

щины, если он некомпетентный, чрезмерно тревожный или слишком терпеливый. Наиболее распространенное утверждение состоит в том, что такой партнер-мужчина был выбран потому, что он пассивен и не проявляет настойчивости, и пара участвует в бессознательном сговоре, чтобы избежать полового акта [13; 15; 17; 18; 20; 33]. Тем не менее в некоторых исследованиях при сравнении личностных характеристик партнеров-мужчин женщин, страдающих вагинизмом, с контролем, никаких отличий между группами выявлено не было [16; 25]. Одно ретроспективное исследование женщин с вагинизмом показало, что личностные характеристики и сексуальные проблемы партнеров-мужчин не отличаются от контрольных (нормативных) [35].

Согласно другому исследованию, партнеров женщин, страдающих вагинизмом, в целом можно охарактеризовать как добрых, нежных и внимательных [15]. Они склонны к пассивности, зависимости, чрезмерному опеканию, осторожности, бояться собственной агрессии и агрессивной сексуальности. Они «хорошие парни» [33].

Cherng-Jye Jeng [24], продолжая анализировать психологические особенности партнеров женщин с данной патологией, отмечает, что отсутствие настойчивости с их стороны свидетельствует о бессознательном сговоре с целью сохранения статус-кво, который защищает их от собственных опасений по поводу своей сексуальной роли. Указывалось, отмечает автор, что сексуально безопасный муж может преодолеть легкие степени спазма путем настойчивого введения полового члена. Однако оба партнера могут опасаться агрессивности секса, и выбор женщиной слабого партнера может быть результатом бессознательного решения избежать боли.

В некоторых случаях принятие мужем существующей ситуации также может являться следствием его латентной гомосексуальности [9]. В связи с этим следует упомянуть, что в некоторых случаях причиной вагинизма могут быть латентные гомосексуальные тенденции у женщин. В этом случае он выполняет защитную и адаптивную функцию. Лежащий в основе вагинизма конфликт с течением време-

ни, как правило, не разрешается, а скорее может усугубляться. Такую же роль может выполнять конфликт половой идентификации [8].

Мужчины реагируют на вагинизм у женщин болезненно, даже если они понимают причину этого явления. Это может проявляться как в их поведении после неудачной попытки совершить половой акт, так и в развитии психогенного расстройства эрекции, что может потребовать специального лечения. У. Мастерс и соавт. [5, с. 527–528] сообщают, что партнер женщины, у которой имеет место вагинизм, реагирует на существующую проблему следующим образом. В ряде случаев такой мужчина может быть совершенно сбит с толку, так как он не понимает её причину. «Часто он не имеет понятия о непроизвольных мышечных спазмах и начинает думать, что либо он чем-то обижает свою партнершу, либо что она «напрягается» умышленно, чтобы избежать совокупления. Если он считает, что причиняет ей боль, то это может делать его все более и более пассивным в сексуальном плане. У него возможны нарушения эрекции, особенно, если он винит себя в возникшей ситуации. Если же он считает виновной свою партнершу, то спустя какое-то время он может потерять терпение, начать раздражаться и искать других партнерш».

Cherng-Jye Jeng [24] также анализирует состояние сексуальных функций у партнеров женщин, страдающих вагинизмом, и роль возникающих у них сексуальных дисфункций. Он отмечает, что W. H. Masters и V. E. Johnson. [29] назвали мужскую сексуальную дисфункцию наиболее частым этиологическим фактором, когда вагинизм защищает пару от столкновения с мужской проблемой. Следует отметить, что вероятность возникновения сексуальных дисфункций у мужей женщин с вагинизмом в два раза выше, чем у тех мужчин, жены которых страдают оргазмической дисфункцией [30]. Однако следует учитывать, что расстройства эрекции и преждевременная эякуляция у мужа женщины с вагинизмом могут быть обусловлены этой патологией вследствие неоднократных разочарований мужчины существующей ситуацией [23]. Анализ времени появления

сексуальных дисфункций у мужчин-партнеров женщин с характеризуемой патологией показал, что расстройство эрекции и преждевременная эякуляция возникали после развития вагинизма и / или нивелировались при успешном его лечении [11; 21; 22; 26].

По нашим наблюдениям, мужа / сексуальные партнеры женщин с вагинизмом могут крайне негативно на него реагировать, что в ряде случаев может приводить к возникновению у них психогенных сексуальных дисфункций.

Данные инструментальных исследований

Ali A. Shafik, Olfat El-Sibai [32] провели исследование, направленное на определение роли ряда мышц тазового дна в патогенезе вагинизма. Определялась ЭМГ-активность мышц, поднимающих задний проход (muscles the levator ani), пуборектальных мышц (muscles puborectalis) и бульбокавернозных мышц (muscles bulbocavernosus) у семи пациенток (средний возраст – 25,6 +/- 1,2 г.) и семи здоровых женщин-добровольцев, которые соответствовали пациенткам по возрасту. Запись проводилась как в состоянии покоя, так и во время индукции вагинизма с помощью вагинального расширителя. После приближения вагинального расширителя к влагалищному отверстию или введения его во влагалище здоровых добровольцев, ЭМГ-активность названных мышц не показала значительного отличия от базальной активности. У пациенток базальная ЭМГ-активность этих мышц была достоверно выше, чем у здоровых добровольцев ($P < 0,05$). При индукции у них вагинизма в указанных мышцах наблюдалось достоверное повышение ЭМГ-активности ($P < 0,01$). Мышечный ответ был кратковременным, в среднем составлял 31,2 +/- 5,7 сек. Таким образом, мышцы тазового дна у женщин с вагинизмом проявляли повышенную активность как в покое, так и при индукции вагинизма. Авторы выдвигают концепцию «расстройства крестцовой рефлекторной дуги», но заявляют, что для её подтверждения требуется дальнейшее изучение.

Как сообщалось нами в предыдущей главе, М. Атмаса и соавт. [10] провели магнитно-резонансную томографию у

десяти пациенток с вагинизмом и десяти женщин контрольной группы, которые соответствовали по возрасту и полу. Было обнаружено, что средний объем правой миндалины, левого и правого гиппокампа были меньше у пациенток с вагинизмом по сравнению с лицами контрольной группы. Авторы считают, что эти изменения позволяют предположить, что вагинизм может быть вызван страхом.

Психофизиологические корреляты вагинизма

Е. Maseroli и соавт. [28] провели специальное исследование для определения психофизиологических коррелятов вагинизма. Среди 255 женщин, посетивших клинику в связи с сексуальными дисфункциями, диагноз вагинизма, соответствующий критериям американского Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам четвертого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), был поставлен 20 пациенткам (7,8%). Были включены случаи как первичного, так и вторичного вагинизма. Осуществлялось структурированное интервью, физикальное, гинекологическое и лабораторное обследование, а также ультразвуковое исследование клитора. Пациентки заполнили опросник Индекс женской сексуальной функции (the Female Sexual Function Index; FSFI), Опросник больницы Мидлсекс (the Middlesex Hospital Questionnaire; MHQ), пересмотренную Шкалу женского сексуального дистресса (the Female Sexual Distress Scale-Revised; FSDS) и Тест телесного дискомфорта (the Body Uneasiness Test). Выявлено, что женщины с вагинизмом были значительно моложе остальных участников выборки ($P < 0,05$). Не было обнаружено различий по традиционным факторам риска, таким как история сексуального насилия, параметры отношений или гинекологические заболевания, а также неврологическим, гормональным и метаболическим изменениям.

Однако женщины с вагинизмом выявили значительно более высокие театральнo-истерические (histrionic-hysterical) симптомы и черты характера (по шкале MHQ-H; $P < 0,05$) по сравнению с субъектами с другими сексуальны-

ми жалобами. Когда оценки всех подшкал MNQ были одновременно введены в логистическую модель, связь между оценкой вагинизма и MNQ-H была подтверждена ($P = 0,013$). Женщины с вагинизмом также показали более высокий балл по шкале FSFI и общий балл по FSDS даже с поправкой на возраст ($P < 0,05$). В модели, скорректированной по возрасту, общий балл FSDS увеличивался в зависимости от продолжительности вагинизма ($P = 0,032$), но не в зависимости от его тяжести. Авторы акцентируют внимание на театрально-истерических чертах больных вагинизмом и высказывают мнение, что это может дать ценную информацию для лечения. В результате проведенных исследований они пришли к заключению, что вагинизм был связан с театрально-истерическими чертами и сексуальным дистрессом. По их мнению, история злоупотреблений, параметры взаимоотношений, гинекологические заболевания, гормональные и метаболические изменения, по-видимому, не играют роли в развитии вагинизма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алекситимия. – URL: <https://www.psychologies.ru/glossary/01/aleksitimiya/> (дата обращения: 09.12.2020).
2. Алекситимия. – URL: [wikipedia.org/wiki/ Алекситимия#:~:text=Алекситимия%20\(от%20др.,передаче%2C%20словесном%20описании%20своего%20состояния](https://wikipedia.org/wiki/Алекситимия#:~:text=Алекситимия%20(от%20др.,передаче%2C%20словесном%20описании%20своего%20состояния) (дата обращения: 09.12.2020).
3. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 272 с.
4. Кочарян Г. С. Вагинизм: частота, определения, диагностические критерии, формирование // Здоровье мужчины. – 2020. – №4 (75). – С. 22–31. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2020.225572>

5. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х +692 с.
6. Свядоц А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
7. Стоименов Й. А., Стоименова М. Й., Коева П. Й. и др. Психиатрический энциклопедический словарь. – К.: «МАУП», 2003. – 1200 с.
8. Федорова А. И., Екимов С. В. Вагинизм: учебное пособие. – Санкт-Петербург: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. – 40 с.
9. Abraham H. C. Therapeutic and psychological approach to cases of unconsummated marriage // Br Med J. – 1956. – 1 (4971). – P. 837–839. DOI: 10.1136/bmj.1.4971.837.
10. Atmaca M., Baykara S., Ozer O., Korkmaz S., Akaslan U., Yildirim H. Hippocampus and amygdala volumes in patients with vaginismus // World J Psychiatry. – 2016. – 6 (2). – P. 221–225. DOI:10.5498/wjp.v6.i2.221
11. Barnes J. Primary vaginismus (Part 1): Social and clinical features. Primary vaginismus (Part 2): Aetiological factors // Ir Med J. – 1986. – 79. – P. 59–65.
12. Ceylan Tuğrul, Elif Kabakci. Vaginismus and its correlates // Sexual and Marital Therapy. – 1997. – 12 (1). – P. 23–34. DOI: 10.1080/02674659708408199
13. Chisholm I. D. Sexual problems in marriage: non-consummation // Postgrad Med J. – 1972. – 48 (563). – P. 544–547. DOI: 10.1136/pgmj.48.563.544.
14. Ciocca G., Limoncin E., Di Tommaso S., Gravina G. L., Di Sante S., Carosa E., Tullii A., Marcozzi A., Lenzi A., Janini E. A. Alexithymia and vaginismus: a preliminary correlation perspective // Int J Impot Res. – 2013. – 25 (3). – P. 113–116. DOI:10.1038/ijir.2013.5

15. Dawkins S., Taylor R. Non-consummation of marriage: a survey of seventy cases // *Lancet*. – 1961. – 2. – 1029–1033.
16. Duddle M. Etiological factors in the unconsummated marriage // *J Psychosom Res*. – 1977. – 21 (2). – P. 157–160. DOI: 10.1016/0022-3999(77)90083-6.
17. Ellison C. Vaginismus. Med Aspects // *Hum Sex*. – 1972. – 6. – P. 34–54.
18. Friedman L. J. Virgin wives; a study of unconsummated marriages. – London: Tavistock Publications, 1962.
19. Funda Gungor Ugurlucan, Cenk Yasa, Ömer Demir, Sultan Can, Suleyman Engin Akhan. Vaginismus – is it a phobic reaction? // May 2017 Conference: International Pelvic Pain Society Meeting and 1st Congress of Society of Pelvic Pain and Endometriosis. Istanbul, 2017.
20. Grafeille N. Profil comportemental des partenaires des femmes vaginiques // *Psychol Med*. – 1986. – 16. – P. 411–414.
21. Harrison C. M. Vaginismus // *Contracept Fertil Sex*. – 1996. – 24. – P. 223–228. [In French]
22. Hawton K., Catalan J. Sex therapy for vaginismus: characteristics of couples and treatment outcome // *Sex Mar Ther*. – 1990. – 5 (1). – P. 39–48.
23. Jeng C. J. Clinical assessment and management of unconsummated marriage – primary vaginal penetration failure // PhD Dissertation. The Institute for Advanced Study of Human Sexuality. – San Francisco, 2003.
24. Jeng Cherng-Jye. The Pathophysiology and Etiology of Vaginismus // *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2004. – 43 (1). – P. 10–15. DOI: 10.1016/S1028-4559(09)60047-4
25. Kennedy P., Doherty N., Barnes J. Primary vaginismus: a psychometric study of both partners // *Sex Mar Ther*. – 1995. – 10 (1). – P. 9–22.

26. Lamont J. A. Vaginismus // Am J Obstet Gynecol. – 1978. – 131 (6). – P. 633–636. DOI: 10.1016/0002-9378(78)90822-0.
27. Malleson J. Vaginismus: its management and psychogenesis // Br Med J. – 1942. – 2 (4259). – P. 213–216.
28. Maseroli E., Scavello I., Cipriani S., Palma M., Fambrini M., Corona G., Mannucci E., Maggi M., Vignozzi L. Psychobiological Correlates of Vaginismus: An Exploratory Analysis // J Sex Med. – 2017. – 14 (11). – P. 1392–1402.
29. Masters W. H., Johnson V. E. Human Sexual Inadequacy. – Boston: Little, Brown Medical Division, 1970.
30. O’Sullivan K. Observations on vaginismus in Irish women // Arch Gen Psychiatry. – 1979. – 36 (7). – P. 824–826. DOI: 10.1001/archpsyc.1979.01780070102012.
31. Pacik P. T., Cole J. B. When Sex Seems Impossible. Stories of Vaginismus & How You Can Achieve Intimacy. – Odyne Publshing. 1st edition, 2010. – 160 p.
32. Shafik Ali A., El-Sibai Olfat. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: A concept of pathogenesis // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2002. – 105 (1). – P. 67–70.
33. Silverstein J. L. Origins of Psychogenic Vaginismus // Psychother Psychosom. – 1989. – 52 (4). – P. 197–204. DOI: 10.1159/000288324
34. Vaginismus. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Vaginismus> (the date of the reference: 27.08.2020)
35. Van Lankveld J. J., Brewaeys A. M., Ter Kuile M. M., Weijenborg P. T. Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder // J Psychosom Obstet Gynaecol. – 1995. – 16 (4). – P. 201–209.

36. Watts G., Nettle D. The role of anxiety in vaginismus: a case-control study // J Sex Med. – 2010. – 7 (1 Pt 1). – P. 143–148. DOI:10.1111/j.1743-6109.2009.01365.x
37. Yıldırım E. A., Hacıoğlu Yıldırım M., Karas H. Yaşam Boyu Vajinismus Tanısı Konulan Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı ve Cinsel İşlevlerle İlişkisi [Prevalence of Depression and Anxiety Disorders and Their Relationship with Sexual Functions in Women Diagnosed with Lifelong Vaginismus] // Turk Psikiyatri Derg. – 2019. – 30 (1). – P. 9–15.

ГЛАВА 5

ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНИЗМА

Для лечения вагинизма используются различные методы, которые включают психотерапевтические воздействия, медикаментозное лечение, физиотерапию, инъекции ботулотоксина и хирургическое лечение.

Психотерапия

Психотерапия играет главную роль в лечении женщин, страдающих вагинизмом. С этой целью применяются различные её методы.

Когнитивные воздействия играют большую роль в терапии данной патологии. Можно выделить два этапа в оказании помощи такого рода. *Первый этап – диагностический.* Его целью является выявление психотравмирующих воздействий, играющих роль в возникновении и поддержании вагинизма. Это предполагает тщательный и детальный анализ анамнестического материала, хотя в некоторых случаях психотравмирующие воздействия, обусловившие возникновение вагинизма, совершенно очевидны, и о них могут сообщать сами пациентки. Рассмотрению и анализу должны подвергаться воздействия, которые имели место, начиная с самого детства. Обязательно следует изучить, какое сексуальное воспитание было в семье, которое формировало отношение к лицам мужского пола и половой жизни. Если, например, у матери пациентки были плохие отношения со своим мужем и другими мужчинами, то это может формировать плохое отношение её дочери к лицам мужского пола. Негативное отношение к половому акту может формироваться под воздействием строгого консервативного сексуального воспитания в семье, а также отродоксального религиозного воспитания, когда запрещается половая жизнь до заключения брака. Объектом анализа могут быть и высказывания о первом половом акте, который чреват сильной болью и значительным кровотечением, вызванными дефлорацией. Также при анализе возможных негативных воздействий на сексуальную сферу

следует обращать внимание на использовавшееся порно, где овладение женщиной происходило грубо и жестко, что может способствовать формированию отношения к мужчине, как к потенциальному насильнику. Сбор анамнестического материала также позволяет выявить гомосексуальные тенденции и нарушения половой идентификации, которые способны создать сложности в гетеросексуальных отношениях на самом раннем этапе. Отношение к своим половым органам и, в частности, к своему якобы маленькому влагалищу, которому противостоит «огромный» член, несущий опасность при половом акте, также следует учитывать. При опросе больных вагинизмом необходимо выяснить, не было ли в их анамнезе попыток к изнасилованию и изнасилования, грубой дефлорации, более при половых актах, обусловленных большим размером полового члена. Тщательному анализу должны быть подвергнуты взаимоотношения между супругами / сексуальными партнерами, так как вагинизм может развиваться по конверсионному (истерическому) механизму, когда мышечный спазм, блокирующий половой акт, отражает нежелание женщины жить половой жизнью с данным мужчиной, которое может быть неосознаваемым.

На втором, реконструктивном этапе речь идет о переосмыслении выявленных негативных факторов, объяснении механизмов их патогенного влияния, смягчения их негативного воздействия на психику человека и его сексуальную сферу. Нами для лечения больных вагинизмом был разработан специальный прием «*сопоставление по контрасту*» [8; 10], который можно применять в комплексе лечения больных с фобическими формами вагинизма, диспареунии и виргогамии. О нем мы уже сообщали в главе, посвященной диспареунии. Беседу рекомендуется строить следующим образом. Вначале необходимо рассказать больной о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родов. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных размеров (указать их диапазон). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко выри-

совывается контраст между величиной плода и полового члена. Это создает благоприятные условия для более успешного проведения других терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует снижению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Elif Kabakçı, Senar Batur [28] в течение 6 месяцев лечили в этом подходе 14 пациенток. Их состояние оценивалось трижды: во время первого посещения, в конце лечения и спустя 4 недели после его окончания. Авторы пришли к выводу об эффективности проведенной ими терапии у всех пациенток. По её окончании уровень тревожности женщин снизился. Также улучшились параметры, связанные с гармонией в браке и общим сексуальным функционированием женщин.

Barbro Wijma, Klaas Wijma [41] описывают когнитивно-поведенческую модель для оценки и лечения пациенток с вагинизмом. Основными особенностями терапии являются оценка воздействия фобической ситуации и систематическая десенсибилизация в соответствии с индивидуальной иерархией ситуаций, провоцирующих тревогу. Представленная модель включает в себя три новых компонента: использование тазового обследования в терапии, обучение пациентки тренировкам с использованием собственных пальцев вместо инструментальных «расширителей» и применение теста Vaginismus Behavior Scale (VABESC). VABESC измеряет фобические реакции в ситуации проникновения и, следовательно, предоставляет терапевту полезный инструмент, с помощью которого можно наблюдать за ходом терапии. Модель и шкала проиллюстрированы и подробно описаны в отчете о клиническом случае, где речь идет о наблюдавшейся в течение полутора лет женщине, вылеченной от первичного вагинизма.

М. М. ter Kuile и соавт. [39] сообщают об эффективности КПТ в лечении вагинизма, существующего с начала половой жизни. Женщин с данной формой вагинизма распределили в 2 группы. Первой группе (81 чел.) проводили

3-месячное лечение. Контрольную группу ожидания составили 36 чел. Основным критерием оценки эффективности терапии было полное вагинальное проникновение пенисом партнера. Лечение привело к увеличению количества половых сношений, уменьшению страха перед половым актом и более успешному поведению, не связанному с половым актом (по сравнению с группой, где терапия не проводилась). Достигнутый результат (осуществленный половой акт) был частично опосредован уменьшением страха перед коитусом и ослаблением избегающего поведения. Сделан вывод о том, что постепенное воздействие, направленное на уменьшение поведения избегания и страха проникновения, представляет собой важный путь изменения в лечении вагинизма, существующего с начала половой жизни.

Öztürk C. Şafak, H. Arkar [35] поставили перед собой цель оценить влияние КПТ на сексуальные функции женщин с вагинизмом и их мужей, их семейную адаптацию, а также уровень депрессии и тревожных симптомов. Лечение проводилось 1 раз в неделю в течение 50 минут. До и после лечения все пары оценивались с помощью формы для получения личной информации (Personal Information Form), опросника сексуальной удовлетворенности Голомбок-Руста (Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction), шкалы диадической согласованности (Dyadic Adjustment Scale), шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory) и шкалы тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory). Оценка полученных результатов проводилась у 20 женщин, завершивших терапию. Авторы пришли к заключению, что КПТ является подходящим подходом к лечению вагинизма. Положительные эффекты наблюдались как у женщин, так и у их мужей в отношении сексуальных функций, семейного приспособления, а также снижения уровня депрессии и симптомов тревоги.

Для лечения больных с фобической формой вагинизма может быть использована *техника остановки мыслей*, которую относят к арсеналу когнитивно-поведенческой терапии. Напомним, что когнитивно-поведенческое направление возникло вследствие осознания того, что воздействие только на внешнее поведение больных, которое осуществляет-

ся в рамках поведенческой (бихевиоральной) терапии, является недостаточным. Это направление ориентировано на прямое воздействие на когнитивные процессы (мысли, ожидания, установки) [17]. Техника остановки мыслей относится к числу простых техник КПТ. Она была описана Дж. Бэйном (J. A. Bain) [20; 42]. Мишенью воздействия при характеризуемой патологии является мысли, вызывающие боязнь / страх осуществления полового акта. Поскольку в результате тренинга, первоначально проводимого с терапевтом, больные обучаются самостоятельно воздействовать на свои мысли, то рассматриваемая техника относится к техникам самоконтроля. В начале её освоения, чтобы обучить пациентку процедуре остановки мыслей, терапевт предлагает ей сконцентрироваться на нежелательных мыслях. Для облегчения концентрации лучше, чтобы глаза больной были закрыты. Она получает инструкцию просигнализировать терапевту о моменте, когда негативные мысли будут четко представлены в её сознании. Это следует делать невербально, например, подняв указательный палец. При поступлении такого сигнала терапевт громко командует: «Стоп!». Вслед за этим женщину просят описать, что произошло. Как правило, она сообщает, что в результате такой команды мысли исчезли. Описанная процедура повторяется несколько раз. При положительном результате (остановка мысли происходила) пациентку инструктируют применять технику самостоятельно. При этом вначале команда «Стоп!» произносится громко. Если она достигает своей цели, то переходят на энергичное произнесение команды внутренним голосом. Если это приводит к ожидаемому результату, то первая задача (не думать о неприятных мыслях) решена. Задача второго этапа состоит в заполнении пустоты, возникающей после остановки дезадаптивных мыслей. Их следует заменять на позитивные мысли («Я совершенно спокойна, уверена в себе, мышцы влагалища расслаблены» и т. п.). В тех случаях, когда второй этап опускается, нежелательные мысли могут возобновиться. Если вначале пациентка останавливает произвольно вызываемые нежелательные мысли, то затем команда

«Стоп!» адресуется непроизвольно возникающим опасениям. Это осуществляется непосредственно в обстановке, предполагающей интимную близость, а также и вне такой, так как в выраженных случаях характеризуемой патологии и в указанный период времени беспокоящие мысли могут появляться весьма часто. При этом не следует забывать о необходимости замены дезадаптивных мыслей на мысли позитивные, предполагающие успешное проведение интимной близости.

Мы рекомендуем на первых этапах произносить команду «стоп» и позитивные мысли вслух. Через некоторое время пациентка может начать произносить внушения внутренним голосом, что и позволяет перейти из зоны «in vitro» в зону «in vivo», т. е. применять эту технику как в обстановке интимной близости, так и вне её при появлении опасений / страха невозможности провести половой акт.

Произвольное вызывание опасений / страха сексуальной неудачи при моделировании интимной близости с произнесением описанных самовнушений мы рекомендуем проводить 2-3 раза в день по 5 раз.

Гипносуггестивная терапия также используется для лечения вагинизма. Случаи успешного лечения вагинизма с использованием гипноза описаны отечественными авторами. Так, А. М. Свядош [16, с. 76] сообщает: «Явления вагинизма могут держаться годами. Так, к нам обратилась обаятельная женщина-филолог – общительная, мягкая, несколько тревожно-мнительная, альпинистка. Муж – физик, в половом отношении здоров. Брак по любви. В 20-летнем возрасте, в первую брачную ночь, ощутила резкую боль при дефлорации. И с этого момента – непреодолимый страх перед введением мужского полового органа во влагалище, а также боязнь гинекологического обследования. Допускает контакты с наружными половыми органами, испытывает оргазм, однако при попытке коитуса – сильнейший непреодолимый страх с непроизвольным судорожным сжатием бедер, напряжением мускулатуры тазового дна и входа во влагалище. Явления фобического вагинизма держались 19 лет. Нам удалось полностью устранить их за 19 дней, во

время которых проводились ежедневные сеансы суггестивной терапии в гипнотическом сне первой степени по Форелю в сочетании с лечением по методу угашения условной связи – тренировками дома по введению расширителей во влагалище ... Сейчас она также счастливая мать».

В. И. Здравомыслов в книге, написанной им в соавторстве, сообщает о ряде случаев успешного применения гипносуггестивной терапии, которая была одним из компонентов предложенного им комплексного метода лечения вагинизма [3].

Нами при фобической форме вагинизма используется следующая суггестия: «Боязнь полового акта полностью покидает Вас, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны... Приятное тепло охватывает влагалище... Мышцы влагалища и промежности расслаблены... Половой акт Вам приятен...». Нередко фобический вагинизм сочетается с фобической формой виргогамии. Это сочетание является для лечения более трудным. Мы в таких случаях используем суггестию, направленную на снятие страха перед интимной близостью и появление уверенности в выздоровлении («...страх покидает Вас, уходит, рассеивается, и все Ваше существо наполняется спокойствием и уверенностью в скором выздоровлении...»), вызывание общей мышечной и психической релаксации перед половым актом, а также расслабление мышц влагалища в этот период. Эти внушения подкрепляются указанием, что половой акт является для женщин обычным поведенческим процессом, и если бы это было не так, то не рождались бы дети, и человеческий род давно бы перестал существовать. Кроме того, сообщается, что разрушение девственной плевы при половом акте происходит быстро, легко, относительно безболезненно и не имеет неблагоприятных последствий. Отмечается, что болевые ощущения, возникавшие при попытках сближения, порождались исключительно страхом. В текст лечебных внушений также включается формула, направленная на усиление желания совершить половой акт и нарастание го-

товности систем организма и всего организма в целом к его полноценному протеканию [6, с. 53].

Молодая супружеская пара из Белгородского региона, которая обратилась ко мне за лечебной помощью, жаловалась на то, что жена остается девственницей на протяжении года жизни в браке. Супруги рассказали о том, что её уже лечили в Белгороде гипнозом, но это эффекта не дало. В связи с этим, прежде чем начать лечение, я позвонил гинекологу и договорился о возможной хирургической дефлорации. Однако прежде решил провести консервативную терапию.

При обследовании удалось выяснить следующее. За несколько лет до замужества наша пациентка со своим соседом пошла на танцы в местный клуб. Когда после их окончания они из него вышли, к ним подошли незнакомые ребята и ударом сбили его (соседа) с ног. Затем эти ребята схватили девушку, усадили её в машину и увезли с собой с целью изнасилования. Её сосед быстро отправился к её родителям, которые жили неподалеку, и те снарядили погоню за похитителями. И вот по дороге едут две машины: машина, на которой везут девушку, а за ней другая машина – машина её родителей. Сообразив, что им не удастся оторваться, похитители на ходу выбросили девушку из машины. То, что она пережила за все то время, не нуждается в комментариях. После этого встречалась с ребятами, но когда дело доходило до необходимости проведения полового акта, отношения всякий раз обрывались.

При опросе выяснилось, что у девушки имеют место тревожно-мнительные черты характера. Она боится собак, грома, белых халатов и вида крови. Все попытки провести половой акт после вступления в брак оказались безуспешными, так как возникали явления вагинизма. Через некоторое время у её мужа начала страдать эрекция из-за развития у него опасения, что член при попытке его введения во влагалище может ущемиться.

Таким образом, в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной фобической формой вагинизма у девушки с выраженными тревожно-мнительными чертами ха-

рактера, что усугубилось психогенным расстройством эрекции у мужа.

Лечение в данном случае включало психотерапию и прием медикаментов. Психотерапия предусматривала проведение разъяснительных бесед, которые сводились к объяснению того, что влагалище имеет большие резервы к увеличению, а это исключает возможность его повреждения при половом акте и возникновения связанных с этим неблагоприятных последствий. С данной целью, в частности, использовался предложенный нами для лечения больных с фобической формой вагинизма прием «сопоставление по контрасту», который был представлен нами выше. Также в разъяснительных беседах акцентировалась идея о том, что половая жизнь не представляет собой нечто особенное. Люди повсеместно занимаются сексом, и это является вполне обыденным явлением. Также супругам одновременно проводилась гипносуггестивная терапия. После общей гипнотизации делались внушения, направленные на устранение коитофобии у жены и расслабление мышц влагалища перед и во время интродукции, а также элиминацию тревожного опасения у мужа. Всего было проведено 4 сеанса гипноза. Параллельно пациентке был назначен седуксен по 1 т (5мг) 2-3 раза в день (курсовое лечение, в том числе связанное с наличием у неё общевротической симптоматики), а также рекомендован прием 1 табл. седуксена за 2 часа до попытки проведения полового акта. Проведенное лечение оказалось эффективным, и не пришлось прибегать к гинекологической дефлорации [12].

Об успешном применении гипносуггестивной терапии больных вагинизмом сообщает и Z. Lew-Starowicz [30], который вылечил с её помощью 6 из 6 пациенток (100%). Reza Pourhosein, Zeynab Bahrami Ehsan [34] сообщили об успешном лечении с помощью этого метода 35-летней пациентки. Они считают гипнотерапию полезной при лечении данной патологии.

K. Fuchs [26] сообщает, что страх и тревога имеют огромное значение в возникновении и поддержании симптома. Вагинизм как реакция избегания ситуации, вызываю-

щей тревогу, легко поддается лечению путем систематической десенсибилизации. Это может происходить в основном двумя способами: «in vitro» или «in vivo». Чтобы усилить и ускорить процесс сенсibilизации, использовались гипнотические техники в динамическом подходе. Лечение «in vitro» проводится с помощью гипноза с выделением иерархии тревожности интимных ситуаций, состоящей из все более эротических и сексуальных интимных сцен, которые будут воспроизводиться дома с партнером до тех пор, пока не будет осуществлен половой акт. В методе «in vivo» пациентка учится самовнушению, а затем вводит во влагалище сначала палец, а затем расширители Гегара постепенно увеличивающихся размеров. Затем партнер, пациент и врач последовательно приступают к проникновению во влагалище, формируя командную рабочую ситуацию. Это продолжается до тех пор, пока «женская верхняя позиция», которая сначала практикуется с использованием самого большого расширителя, не воспроизводится дома во время полового акта. С 1965 по 1974 год этим методом была пролечена 71 женщина. Хорошие результаты были получены в 16 из 18 случаев методом «in vitro» и в 53 из 54 случаев – методом «in vivo». Одна пациентка была переведена из группы «in vitro» в группу «in vivo». В период наблюдения от 2 до 5 лет рецидивов или появления замещающих симптомов не было.

Аутогенная тренировка (АТ). При фобической форме вагинизма можно использовать следующую лечебную формулу: «Боязнь полового акта полностью покидает меня, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости я совершенно спокойна... Приятное тепло охватывает влагалище... Мышцы влагалища и промежности расслаблены... Половой акт мне приятен...». Т. е. используются такие же внушения, как и при гипносуггестии, только от первого лица

На наш взгляд, использование аутосуггестии при конверсионной (истерической) форме вагинизма гораздо менее перспективно, так как если речь не идет о «застаревшем» истерическом симптомокомплексе, который уже ли-

шен «психологического потенциала», то вагинизм продолжает оставаться условно приятным / желанным, представляющим собой средство коммуникации на так называемом протоязыке [10].

Нейролингвистическое программирование (НЛП) также может быть предложено для лечения вагинизма. В частности, может быть применен разработанный нами **«способ коррекции поведенческих программ» (СКПП)** [7]. К его достоинствам, помимо хорошей результативности, следует отнести:

- 1) быстрый лечебный эффект;
- 2) малую продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 минут, а её собственно терапевтический компонент занимает 3–5 минут);
- 3) отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации);
- 4) возможность оценивать тяжесть состояния больной и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий;
- 5) отсутствие каких-либо осложнений.

Методика реализуется в два этапа. Целью первого этапа является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном речь идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Проводится работа по разрушению патологического и реабилитации старого здорового или формированию нового нормативного стереотипа. На втором этапе оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость возникновения лечебных результатов.

Технология процедуры следующая (как на первом, так и на втором этапах больная и терапевт сидят или стоят напротив друг друга).

Первый этап. Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больной и просит её как можно бо-

лее четко представить себе неудачную попытку проведения полового акта. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ этой неудачной попытки потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет.

При этом терапевт просит пациентку, чтобы она не была пассивна, а всеми силами старалась удержать образ. Одновременно внушается, что чем больше она будет стремиться удержать его, тем меньше это будет ей удаваться, так как её организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна данная патологическая программа, и она будет избавляться от неё. Поэтому, заключает терапевт, образ неудавшейся попытки полностью сотрется.

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости – мелькание – исчезновение) предполагается на том основании, что именно он чаще всего возникает при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание потери доверия больной к врачу в том случае, если реализация суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется включать в формулу внушения слова «и может так случиться, что...». После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса.

При произнесении внушения смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные больной изменения, которым она пыталась противостоять, удерживая образ неудавшейся попытки. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После того как удалось произвести уничтожение образа, мы даем пациентке инструкцию по его восстановлению. Больная трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее она будет пытаться сделать это,

тем меньше это будет ей удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде либо отмечается мелькание данного поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем терапевт охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациентки и просит её представить последний нормально протекавший половой акт с мужчиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешним партнером, так и с другим, если с нынешним полноценного сближения никогда не было. Если яркость возникшего образа недостаточна, её следует суггестивно усилить (точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения неудавшейся попытки провести половой акт).

При достижении хорошей яркости визуального представления делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас пациентка будет пытаться избавиться от данного образа, и чем больше она будет стремиться к этому, тем меньше это будет ей удаваться, так как её организму (памяти, психике, нервной системе) нужна нормальная («здоровая») программа. Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки стараниям пациентки, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

В том случае, когда полноценные половые акты наблюдались лишь с предыдущими партнерами, а с нынешними таковых не было, прежде чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произвести замену прежнего партнера на нынешнего, с которым нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению

новой программы («программа, подобно дереву, пускает глубокие корни, укрепляется, становится прочной» и т. д.). Описанный вариант психотерапии технически несколько труднее предыдущего и требует большего количества лечебных сеансов.

Еще большую трудность представляют случаи, когда пациентка вообще никогда в течение жизни не совершила полноценного полового акта. Тогда мы просим больную конструировать визуальный образ полноценного полового акта с тем мужчиной, с которым она встречается. Как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую формирующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться ликвидировать образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестией, что в преддверии и во время интимной близости пациентка будет совершенно спокойна и уверена в себе, что её влагалище вместительное и мышцы его расслаблены. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. Больной внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Терапевт говорит пациентке, что отныне перед интимной близостью и во время неё она будет совершенно спокойна и уверена в своих сексуальных возможностях так же, как и сейчас в своем зрительном представлении.

На **втором этапе**, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а следовательно, и возможность прогнозирования улучшения, выздоровления и их сроков, мы прибегаем к использованию кинестетических якорей, сочетающемуся с просьбой увидеть возникающий при этом образ полового акта.

Вначале терапевт охватывает левой кистью запястье правой руки пациентки и спрашивает её, образ какого полового акта она видит. Обычно при хорошей реакции на

лечебные воздействия возникает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больной своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациентка опять видит хороший половой акт. В заключение врач охватывает левое запястье пациентки правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больная, как правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особом благоприятном прогнозе можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий.

При отборе больных для проведения данного способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов. Это определяется уже в самом начале использования СКПП. Характеризуемый способ лечения не должен применяться также у больных со снижением интеллекта, которые не способны понять и, следовательно, реализовать инструкции терапевта при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

В заключение следует отметить, что СКПП содержит в себе большие возможности при его творческом применении и может быть использован для лечения различных заболеваний, когда требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

Метод взрыва навязчивости [1; 7]. Смысл этого метода состоит в том, что, в частности, страх специально не ослабляется, а напротив, усиливается. Однако его можно усиливать только до определенной степени, после чего он «лопается» как воздушный шар, если его бесконечно надувать, или «ломается» как проволока после неоднократного сгибания. Т. е. смысл состоит в переходе порога, после чего этот страх вообще может исчезнуть.

Существует две разновидности метода «взрыва навязчивости». В первом случае переход порога достигается за один раз (одноразовое усиление субмодальности), а во втором случае для этого требуется совершить с перерывом несколько подходов (многократный метод храповика). Мы работаем с внутренним голосом больных, который в ситуации интимной близости порождает страх введения полового члена во влагалище и его спазм. Пациентка с закрытыми глазами представляет себя в обстановке интимной близости. Внутренний голос постепенно усиливается нами с помощью суггестивных воздействий и метафор (беспрерывное вращение ручки громкости по часовой стрелке, использование все возрастающего числа динамиков, стимуляция услышать звук нереальной громкости, которого не бывает в реальной действительности, и т. д.). Также мы говорим, что усиление громкости внутреннего голоса подобно движению вверх по склону горы, достигнув вершины которой пациентка перейдет в новую реальность, реальность здорового человека. Иногда это достигается за один раз. При этом пациентка действительно может ощутить себя человеком, который избавился от беспокоящей его проблемы. В других случаях с одного раза «достичь вершины горы» не удастся, так как возникает усталость и человек больше не способен усиливать громкость внутреннего голоса. При каждой следующей попытке (шаге) громкость внутреннего голоса обычно начинают усиливать с громкости, достигнутой накануне. В результате нескольких повторов продолжающегося «движения по склону горы» человек может и не испытать чувство избавления от страха вследствие существующей инерции. Однако через небольшой интервал времени он его все же ощутит, и положительный результат все же будет достигнут.

Взмах. Этот метод является весьма эффективным и может быть использован при очень многих расстройствах. Ричард Бэндлер [2] характеризует эту технику как очень плодотворную, обладающую более мощным действием, чем любая другая техника, которой он пользовался,

и отмечает, что она может быть применена к чему угодно. Эта техника, по его словам, программирует мозг на движение в новом направлении. Нами разработана собственная модификация данной техники, которая ранее была представлена в нашей статье [9].

Порядок её проведения следующий:

1. Вначале пациентку просят вспомнить или представить какую-то женщину, которая обладает стопроцентным сексуальным здоровьем и стопроцентной уверенностью в своих сексуальных возможностях.

2. После этого просят больную при закрытых глазах представить картину на экране, когда она находится в преддверии интимной близости, и у неё имеет место страх интроекции. Картинка должна быть яркой, контрастной и четкой. Если это не так, и она тусклая, то мы говорим, что в будке сидит киномеханик, и он добивается хорошего изображения на экране (хорошей яркости, контрастности, четкости).

3. Когда это достигнуто, пациентку просят на этой картине где-то на своем теле или лице увидеть темное пятно. После того, как она его увидит, мы говорим, что это горлышко бутылки, а на её дне находится скукоженная сексуально здоровая женщина, полностью уверенная в своих сексуальных возможностях. Затем этот образ начинает увеличиваться в размерах и постепенно занимает $1/8 - 1/4 - 1/3 - 1/2$ бутылки. Дальнейшее увеличение этого образа сопровождается следующей инструкцией: «Теперь Вы начинаете отмечать, что её руки становятся похожими на ваши руки, её ноги становятся похожими на ваши ноги, её лицо становится похожим на ваше лицо».

4. Продолжающееся увеличение этого образа (до $3/4$ бутылки и больше), согласно нашей инструкции, приводит к тому, что пациентка видит уже себя, но сохраняет полную уверенность в себе и своих сексуальных возможностях, которые были присущи женщине-модели. В таком состоянии сформированный образ достигает горлышка бутылки.

5. Достигнув горлышка бутылки, данный образ смывает с экрана предыдущий образ боящейся полового акта пациентки, находящейся в обстановке интимной близости. Если эта картина неяркая, неконтрастная и нечеткая, то с помощью «киномеханика» добиваются того, что она становится качественной, хотя обычно является таковой с самого начала. Потом на счет до 5 добиваются закрепления и фиксации этой здоровой программы сексуального функционирования. Обычно «взмах» проводится 5 раз.

В сексологической практике предлагаемые техники НЛП в основном применялись нами у мужчин с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи и требуют широкой апробации у больных вагинизмом женщин.

Для лечения фобической формы вагинизма также можно использовать **технику «десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ)**, которую разработала Френсис Шапиро [11; 19].

В супружеской / парной терапии необходимость возникает тогда, когда причиной вагинизма являются межличностные конфликты супругов / сексуальных партнеров, или когда вагинизм приводит к нарушению их отношений.

Сексуально-поведенческий тренинг (секс-терапия). Этот метод можно считать разновидностью поведенческой терапии. Часто он используется в сочетании с другими терапевтическими средствами. Приведем рекомендации по использованию этого метода для лечения вагинизма некоторыми клиническими сексологами.

У. Мастерс и соавт. [15] сообщают, что эту патологию лечат, объясняя партнерам природу непроизвольного сокращения мышц влагалища и демонстрируя рефлекс в процессе осмотра гениталий женщины в присутствии её партнера. При этом осмотр проводится так, чтобы женщина сама смогла наблюдать за происходящим с помощью зеркала. Затем, чтобы женщина смогла расслаблять мышцы, окружающие влагалище, врач обучает её некоторым приемам. Самым эффективным способом, по-видимому, является намеренно напрячь эти мышцы, а за-

тем просто их расслабить. Затем пациентке предоставляют набор расширителей разного размера (см. рис.). Самый маленький из них, который чуть тоньше пальца, врач осторожно вводит во влагалище. Нередко это сопровождается изумлением женщины, которой никогда не удавалось ввести в свое влагалище хоть что-нибудь. Далее ей показывают, как самой вводить расширитель, который обильно смазывают стерильным желеобразным кремом. Пациентку просят делать это дома по несколько раз в день, всякий раз оставляя расширитель во влагалище на 10-15 мин. Спустя 5-6 дней большинство женщин, страдающих вагинизмом, способны использовать самый толстый расширитель из набора, который по размерам соответствует половому члену в состоянии эрекции.

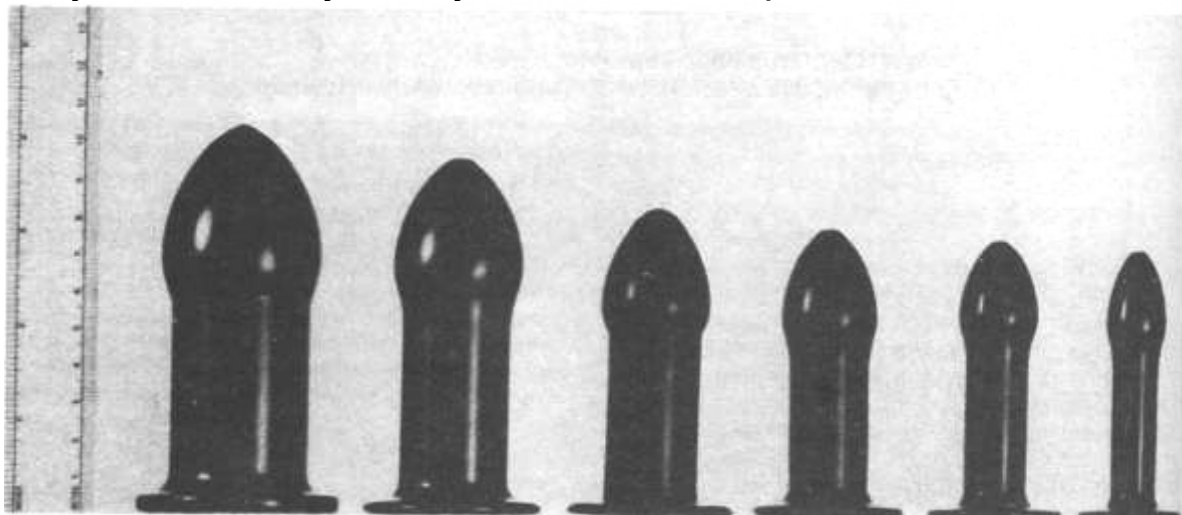


Рисунок. Пластмассовые расширители увеличивающихся размеров, применяемые для лечения вагинизма [15]

Если удалось разрешить проблемы взаимоотношений, что часто является ключевым моментом, то после этого переход к успешному половому акту не составляет труда. Особенно важным в это время является то, чтобы сама женщина вводила себе половой член. Это даст ей возможность почувствовать, что именно она владеет ситуацией.

Лечение вагинизма, проведенное по методике У. Мастерса и В. Джонсон оказалось очень результативным. Так, из 130 женщин с данной патологией,

которым оно проводилось между 1959 и 1985 гг., данное лечение оказалось успешным у 128 (98,5%).

Успешным лечение считалось лишь тогда, когда улучшение половой функции было однозначным и сохранялось в течение длительного времени. Для всех больных, которые обратились в Институт Мастерса и Джонсон до 1973 г., период последующего наблюдения продолжался 5 лет. С 1973 г. этот период сократился до 2 лет. Если двухнедельный курс лечения продвигался успешно, но затем половое расстройство возникало вновь, случай относили в разряд неудач.

Р. Крукс, К. Баур [14] сообщают, что лечение вагинизма обычно начинают с изучения тазовой области. Врач демонстрирует женщине или паре спастическую реакцию влагалища. Последующая терапия начинается с релаксации и упражнений на самоосознание, которые женщина выполняет дома. Целью этих упражнений является обретение чувства комфорта и самоконтроля. Обычно они начинаются с успокаивающей ванны, изучения всего тела и мануального услаждения внешних частей гениталий. Затем женщина пытается ввести во влагалище сначала кончик пальца, затем весь палец и, наконец, три пальца без ощущения мышечных сокращений. На каждой из этих стадий она пытается расслаблять и напрягать вагинальную мускулатуру, как при выполнении упражнений Кегеля. Иногда для приучения вагинальных мышц к растяжению используются цилиндрические стержни, размеры которых последовательно увеличиваются (Lieblum, 2000). Параллельно с этим женщина посещает терапевта и обсуждает то, что с ней происходит.

Когда женщина успешно справилась с вышеописанными стадиями, к процессу может подключаться партнер. Пара вместе проходит все те ступени, которые женщина проходила сама, начиная с рассматривания вульвы. Необходимо открытое общение. Прогресс будет происходить постепенно. Не должны предприниматься попытки проникновения пениса во влагалище до тех пор, пока мужчина не сможет ввести в него три пальца, не вызвав при этом мы-

шечного спазма. Целью женщины при введении пениса во влагалище является привыкнуть к ощущениям, возникающим при нахождении его там. Поэтому пара не двигается. Движения тазом и фокусирование на приятных ощущениях начинают осуществляться позднее. Это происходит только тогда, когда обоим партнерам интроекция члена не доставляет никаких неприятных ощущений. В заключение авторы отмечают, что лечение вагинизма обычно включает в себя постепенно расширяющееся самопознание и расслабление. Важным шагом на пути преодоления этой патологии является введение смазанного пальца (сначала своего, затем – пальца партнера) во влагалище. Введение пениса – последняя фаза лечения вагинизма.

Х. С. Каплан (H. S. Kaplan) [4] рекомендует проводить секс-терапию у больных вагинизмом следующим образом. Пациентке дается предписание использовать зеркало, в котором при выполнении назначенных приемов она должна видеть вагинальное отверстие. Вначале женщина выполняет задания самостоятельно. Ей предлагается приложить указательный палец к вагинальному отверстию, а затем вставить кончик пальца во влагалище. При этом она должна наблюдать за этим в зеркале и оценивать возникающие при этом ощущения.

Эти ощущения и их значение анализируются в ходе последующих терапевтических сеансов. В ходе этих сеансов дополнительно обсуждаются сны и фантазии, которые имели место у пациентки за последнее время. Это может оказаться полезным для выявления и разрешения негативных неосознанных мотивов, которые в ряде случаев способствуют фиксации условного рефлекса.

Если пациентке удалось ввести кончик указательного пальца, в следующий раз ей предлагается вставить весь палец. Если удалось и это, то затем она вставляет два пальца. Иногда инструкция состоит в том, чтобы вставить тампон, не удаляя его оболочку, и оставить его во влагалище на несколько часов или на время, которое полностью позволяет адаптироваться к связанным с этим ощущениям. Терапевт может закрепить процесс

«размыкания» условно-рефлекторных связей. Для этого он предупреждает пациентку о возможных неприятных ощущениях (но не о боли), которые могут возникнуть при вводе определенного объекта во влагалище.

В результате тревога и напряжение не нарастают. Если женщина в состоянии переносить непривычные ощущения в течение какого-то времени, то они, как правило, ослабевают и она нормально реагирует на интроитус.

После того, как женщина прошла эти процедуры и нормально реагирует на ввод пальцев и/или тампона, к терапии подключается супруг. Ему при полном освещении предлагают рассмотреть влагалищное отверстие жены. Затем он выполняет всё то, что ранее осуществляла пациентка. Вначале он вставляет кончик своего указательного пальца. После этого женщина, управляя рукой супруга и полностью контролируя её движение, позволяет ему ввести весь палец.

На первых порах палец должен находиться внутри влагалища неподвижно. На следующем этапе осуществляется медленное, осторожное движение пальца туда и обратно, затем то же самое делается двумя пальцами. Все это время женщина должна постоянно получать заверения, что не будет никакой попытки введения пениса. Если муж при выполнении этих действий возбуждается, паре предлагается заняться сексуальной активностью, которая позволяет супругу достичь экстравагинального оргазма.

Первый интроитус очень важен. Супруги заранее дают на него свое согласие. Муж смазывает эрегированный пенис и осуществляет интроитус, который контролируется и направляется женой. Он оставляет пенис во влагалище на несколько минут, не совершая им движений. Затем он его извлекает. Супруги при этом также могут использовать экстравагинальные формы половой активности. При повторном интроитусе осуществляются нежные замедленные фрикции пениса и ответные движения женщины, что очень часто приводит к оргазму.

Женщины по-разному переносят десенсибилизацию. Одни переносят её относительно легко, другие испытывают повышенное эмоциональное напряжение. Возникая в ожидании фаллического проникновения, напряжение и тревожность нарастают в преддверии и во время полового акта. После совершения коитуса тревога резко ослабевает.

После того, как интроитус стал возможен, наблюдаются крайне разнообразные проявления в сексуальном поведении партнеров. Если в одних случаях после проведения полного курса сексуальной терапии решаются все сексуальные проблемы пары, то в других устранение вагинизма обнажает иные сексуальные нарушения у женщин и/или расстройства эрекции или эякуляции у мужчин. В этих случаях возникает необходимость в использовании дополнительных методов и приемов секс-терапии.

Следует отметить, что Х. С. Каплан обычно сочетала секс-терапию с неглубоким психоанализом.

А. И. Федорова, С. В. Екимов [18] сообщают, что предлагаемый ими развернутый вариант сексуальной терапии при вагинизме состоит из 6 этапов.

1-й этап. Сексуальное информирование. На этом этапе проводится информирование женщины о строении половых органов, а также дискредитация полученной ранее неадекватной информации о них, которая привела к формированию соответствующих установок. Это осуществляется до или после «генитального сексологического осмотра». Акцент делается на объяснении роли тазовых мышц в развитии вагинизма, их способности реагировать на стрессовые ситуации. Также большое внимание уделяется способности влагалища «бестравматично» значительно растягиваться, роли девственной плевы в более легком или, напротив, затрудненном осуществлении дефлорации. Авторы указывают на эффективность образной подачи информации (например, «влагалище способно без травмы пропустить головку плода, она во-о-от такая, а половой член много меньше»; «влагалище как тугая резинка, оно растягивается, но не рвется и его можно разработать»). Отмечается необ-

ходимость использования визуальных материалов: рисунков, таблиц, фотографий, муляжей. Полученную информацию по возможности сопоставляют с результатами сексологического генитального осмотра. Женщина получает домашнее задание по самоисследованию наружных половых органов с помощью зеркала и прикосновений, что особенно важно при наличии родительских запретов на контакт рук и гениталий.

2-й этап. Выработка способности контролировать мышцы влагалища путем их осознанного напряжения и расслабления. Тренировка тазовых мышц может начаться уже во время генитального осмотра, во время которого можно получить представление, насколько женщина способна управлять ими. В некоторых случаях фиксируется полная неспособность к этому. Эти упражнения она выполняет и дома. Сначала для идентификации мышц, которые участвуют в возникновении вагинизма, рекомендуется прервать мочеиспускание, сжимая мышцы тазового дна и влагалища. Потом эти сокращения следует проводить, не соотнося их с мочеиспусканием. Акцент делается на расслаблении, а предварительное кратковременное сжатие облегчает достижение расслабления за счет контраста.

Врач проверяет результаты выполнения домашних заданий. Для этого он вводит палец во влагалище и помогает идентифицировать те мышцы, которые напряжены. Слегка усиливая давление на них, он сообщает о силе их сжатия и выраженности расслабления.

После того, как становится возможным введение пальца во влагалище, для более эффективного контроля над тонусом мышц и визуализации достигнутых успехов авторы рекомендуют использование физиотерапевтических аппаратов для восстановления функции мышц тазового дна (Амблиотрон, Амблиокор ТМ), работа которых основана на принципе обратной связи.

3-й этап. Адаптация к вагинальному проникновению без партнера. Женщина постепенно вводит во влагалище один, а затем два и более своих пальца. При этом следует использовать гель-смазку для скольжения. Одновременно

проводится такая же тренировка вагинальных мышц, как и на 2-м этапе. Женщину обучают управлять ими, сжимая и расслабляя их под контролем своей руки. Это позволяет «восстановить контакт со своим телом», уменьшить страх и боль. Обычно рекомендации по введению пальцев во влагалище дома дают после того, как врач во время приема уже смог это осуществить. К следующему этапу переходят тогда, когда для женщины введение не менее 2 пальцев перестает быть проблемой.

4-й этап. Адаптация к введению во влагалище пальцев партнера. Проводится тренинг введения во влагалище пальцев партнера, начиная с одного и до 3-х (сложенных «лодочкой»). Сначала они просто вводятся и извлекаются, а затем можно их осторожно поворачивать во влагалище. Партнера необходимо подробно проинструктировать о технике выполнения упражнения, его обучают разминать напряженные мышцы бедер женщины (в основном для отвлечения внимания), а также предупреждают о вреде преждевременных попыток совершения полового акта. При выраженных страхах вводить палец партнера во влагалище сначала можно рекомендовать самой женщине. Это дает возможность контролировать процесс. Если, по мнению женщины, партнер все делает неправильно, врач обучает его технике введения пальца во влагалище в кабинете.

5-й этап. Адаптация к проникновению полового члена во влагалище. Лучше всего приступать к выполнению упражнений этого этапа после того, как влагалище адаптировалось к введению 3 пальцев. Целесообразно проводить попытки введения полового члена в положении женщины сверху и пассивном поведении партнера. Эта поза удобна тем, что позволяет контролировать интроекцию, заставляет женщину принять на себя ответственность за результат, что снимает страх и развенчивает образ агрессивного партнера. Также, получив опыт самоисследования и вагинального самоощущения, женщина сможет выбрать такие позы и направления движения, при которых половой член не будет упираться в стенки влагалища. После его введения рекомендуется расслабиться и, двигаясь, ощущать пе-

нис во влагалище. В ряде случаев перед подготовкой к интродукции необходимым бывает изучение гениталий партнера.

Введению полового члена во влагалище должны предшествовать ласки. Партнер перед проведением этого этапа должен получить инструкцию, запрещающую ему форсировать терапевтический процесс (переходить к половому акту!). Его внимание фиксируют на том, что он должен «просто предоставить женщине возбужденный половой член». Однако, в связи с неприятием некоторыми мужчинами пассивной роли при половом акте, могут возникнуть трудности. Это необходимо обсудить. Если пассивная роль все же вызывает у мужчины напряжение, и женщина также предпочитает переложить на него ответственность, то введение полового члена проводится с самого начала мужчиной.

6-й этап. Адаптация к половому акту. После предварительных ласк, находясь в положении сверху, женщина вводит половой член во влагалище и, ориентируясь на собственные ощущения, медленно осуществляет фрикционные движения. В некоторых случаях введение члена может быть проведено мужчиной, который проводит медленные фрикции. Основной целью данного этапа является не получение оргазма партнером, а адаптация к половому акту.

Продолжительность каждого этапа зависит от разных факторов (успешность его проведения, активность пациентов), но средняя его продолжительность составляет неделю. Отмечается, что в зависимости от патогенеза и типологии вагинизма, особенностей психосексуального статуса партнеров и их взаимоотношений возможно пропускать некоторые этапы, либо, наоборот, дольше их прорабатывать.

А. И. Федорова, С. В. Екимов [18] отмечают, что сохраненная девственная плева может тормозить терапевтический процесс как психологически, так и за счет болезненных ощущений при её натягивании. При наличии желания женщины и её партнера девственная плева может быть хирургически рассечена, хотя в большинстве случаев необходимости в этом не возникает (она «растягивается» при этапном проведении упражнений). При рассечении плевы сроки

терапии сокращаются. Могут быть сделаны «надсечки» плевры, чтобы при введении пальцев или полового члена партнер завершил дефлорацию.

В некоторых тяжелых случаях вагинизма, когда введение пальца затруднено и неприемлемо, вначале могут быть использованы вагинальные расширители разных размеров. Эффективным может оказаться использование гладких вибраторов. Их вводят во влагалище и снимают спазм мышц при помощи легкой вибрации. Для лечения вагинизма существуют специальные приспособления – узкий баллон, который вводится во влагалище и там раздувается врачом. Однако его использование существенного улучшения в ходе лечения не дает [18] .

А. И. Федорова, С. В. Екимов [18] подчеркивают, что процесс лечения тормозится тогда, когда существует позитивный личностный смысл вагинизма, существуют рентные установки и манипулятивное поведение. В этих случаях следует сохранять «уважительное отношение» к жалобам пациентки, но акцентировать её внимание на пользе половой жизни для женщин. Ей нужно указать на возможность улучшения отношений с партнером в результате налаживания нормальной половой жизни.

Keith Hawton, Jose Catalan [27] сообщают, что лечение было проведено ими у 30 пар, где женщины страдали вагинизмом. Использовалась секс-терапия. Положительные результаты были достигнуты в 80% случаев. Они сохранялись в течении трех месяцев последующего наблюдения. Единственным важным прогностическим показателем была степень выполнения парами домашних заданий к моменту третьего сеанса лечения. Авторы отмечают, что в целом лучший результат сексуальной терапии вагинизма по сравнению с другими женскими сексуальными дисфункциями, вероятно, связан с очень специфическим характером дисфункции и тем, что пары с этой проблемой имеют лучшие общие отношения, меньше психопатологии и более высокую мотивацию к лечению, чем другие пары, которым проводится секс-терапия.

А. М. Свядош [16, с. 151-153] описывает *технику угашения страха* для лечения больных вагинизмом, которая насыщена поведенческими компонентами.

«С больной проводится беседа, в ходе которой, как указывает врач, он понимает, что больная испытывает непреодолимый страх, что она пытается его преодолеть, дает себе клятвенные обязательства сегодня же начать половую жизнь с мужем, но в последний момент судорожно сжимаются ноги и больная ничего не может с собой поделаться. Больную заверяют, что все равно страх будет устранен. Выясняют, была ли боль и кровь при половом акте или его попытке, какова потенция у мужа? Для её уточнения можно взять руку больной и нажать рукой врача на ладонь с умеренной силой. Спросить, может ли муж с такой же силой оказать давление на половые органы больной? Аналогичную пробу можно провести и с мужем. Если больная не жила половой жизнью, следует спросить у супругов принципиальное согласие на медицинскую дефлорацию, если врач сочтет её проведение необходимым.

Далее переходят к гинекологическому осмотру. Обещают прекратить его, если возникнет чувство боли. Многие больные вагинизмом никогда не обращались к гинекологу, при виде гинекологического кресла они испытывают страх и отказываются от осмотра. В таком случае осмотр следует проводить на мягком диване, что не вызывает такого страха и удобнее для дальнейшего лечения, так как больше приближается к условиям сближения с мужем. Если больная резко сжимает ноги, не допуская или затрудняя осмотр, ей предлагают одетой лечь на диван, расслабить мышцы бедер, согнуть ноги в коленях и широко раздвинуть их, представлять себе обстановку сближения с мужем. Рекомендуют дома провести одетой с мужем тренировку в указанной позе, имитируя половое сближение.

Если у дефлорированной больной все же только приближение руки врача к половым органам вызывает чувство страха и мышечное напряжение, врачу рекомендуется резким движением несколько раз нажать тыльной поверхностью кисти на половые органы больной, показав ей, что та-

кое давление безболезненно, и что область эта малочувствительна. После этого смазывают вход во влагалище вазелином, осматривают его и, определив прикосновением к девственной плеве возможность свободного введения пальца, быстрым движением вводят его во влагалище. Далее, несмотря на страх и попытки больной вытолкнуть палец, удерживают его во влагалище. Убеждают больную, что ей не больно, а только страшно, и что палец останется внутри, пока страх не пройдет. Оставляют его внутри на несколько минут, сначала не двигая им, потом совершая легкие движения. Далее вынимают палец и тут же вновь и вновь вводят его. Когда больная успокоилась, предлагают ей самой себе ввести палец врача, повторить это несколько раз. Постепенно боязнь процедуры угасает (самим себе вводить палец и тем более два пальца больные вагинизмом обычно не могут, несмотря на уговоры врача).

Для дальнейшего лечения требуется специальный набор расширителей разного диаметра. С этой целью мы пытались использовать набор расширителей Гегара. Оказалось, что тяжелые, холодные металлические расширители этого набора неудобны, так как вызывают неприятные ощущения и при резких движениях, вызванных страхом, могут травмировать ткани. Наиболее удобным оказался предложенный нами набор эластичных расширителей. Он лишен вышеуказанных недостатков, не требует стерилизации для применения и в случае необходимости может быть выдан на дом больной. Применение его позволяет в большей мере моделировать введение мужского полового органа, чем расширители Гегара.

Набор состоит из расширителей пяти размеров. Каждый расширитель представляет собой жесткий (деревянный, пластмассовый) стержень цилиндрической формы со слегка закругленными краями. У расширителя № 1 длина стержня около 90 мм, диаметр около 8 мм; у расширителя № 2-5 – около 100 и 15-20 мм соответственно. Стержень со всех сторон обтянут эластичным материалом (поролоном), вследствие чего длина расширителя № 1 составляет около 120 мм, № 2-5 – 160 мм; диаметр расширителя № 1 – около

13-15 мм, расширителей № 2-5 соответственно около 20, 25, 30, 35-38 мм (около 12 см в окружности). Непосредственно перед применением на расширитель надевается сменная резиновая оболочка (презерватив, напальчник), не требующая дополнительной стерилизации.

После того как удалось погасить страх на введение пальца, незаметно для больной вместо пальца вводят расширитель № 1, смазанный вазелином, и предлагают его вынуть. Врач показывает больной, где у неё вход во влагалище (больные вагинизмом часто самостоятельно не могут его найти), и обучает больную вводить себе этот расширитель. На последующих сеансах вводит расширители большего размера. После того как больная становится способной ввести себе расширитель № 5, она, как правило, может начать половую жизнь с мужем. Если больная допускает только расширитель № 1 или № 2 и реагирует страхом и напряжением мышц на расширитель более крупного размера, иногда врачу целесообразно сразу ввести ей расширитель № 5, после чего расширители меньшего размера начинают входить свободно. Для ускорения процесса лечения можно предложить больной дома тренироваться с соответствующими расширителями и, в частности, несколько раз ввести себе расширитель № 4 или № 5 непосредственно перед половой близостью с мужем».

Цитируемый автор сообщает, что его наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемой методики, которая почти в 100% случаев позволяет вылечить больных, страдавших вагинизмом и коитофобией, даже в течение десятка лет. В большинстве случаев достаточным для этого является 2-6 сеансов. При отсутствии расширителей, продолжает автор, в крайнем случае можно заменить их введением во влагалище сначала пальца врача, затем одного-двух пальцев больной, совершая ими круговые движения.

Т. Crowley и соавт. [23] приводят рекомендации по поведенчески ориентированному генитальному обследованию женщин, страдающих вагинизмом, которое может способствовать достижению терапевтических результатов:

Перед обследованием

Предоставьте ей возможность контроля, заверив, что вы немедленно прекратите осмотр, если она этого пожелает.

Объясните, что вы будете делать во время обследования.

Скажите ей, что она может задавать вопросы в любой момент осмотра. Покажите ей самое маленькое зеркало Куско и позвольте ей подержать его.

Объясните, что влагалище может расширяться, и что напряжение мышц, вызванное тревогой, может затруднить проникновение.

Продемонстрируйте степень давления, которое вы будете использовать, нажав пальцем на её руку.

Во время обследования

Будьте нежны и поощряйте её расслабить ноги; не применяйте давление, чтобы развести их.

Прикоснитесь одним пальцем к наружным гениталиям и снова спросите у неё разрешения на осмотр вульвы.

Используйте ватные тампоны, чтобы определить болезненность любой точки, указывающую на вестибулодинию.

Спросите разрешения еще раз, прежде чем вводить палец во влагалище.

Могут быть полезны смазки.

Оцените, насколько хорошо она переносит этот процесс.

Возможно ли проникновение пальца? Если да, можете ли вы почувствовать напряжение в levator ani, и осознает ли она это?

Можете ли вы определить болезненные области?

Попросите её сжать и расслабить мышцы тазового дна. Это усиливает её боль?

Может ли она сознательно расслабить levator ani?

Информация, собранная в это время, может быть позже обсуждена в связи с её опытом полового акта. Обсудите с ней возможность осмотра в зеркалах.

Авторы отмечают, что цель лечения – дать женщине возможность привыкнуть к своим гениталиям путем обучения методам релаксации, которые будут использоваться в сочетании с самостоятельным исследованием гениталий и введением «вагинальных тренажеров». Это гладкие пластиковые стержни, градуированные по размеру и длине. У них есть ручка, имеется гель для смазки, чтобы использовать их при установке. Если женщина состоит в отношениях, паре может быть предложена программа сенсорной фокусировки.

Itzhak Ben-Zion и соавт. [21] провели исследование, направленное на определение эффективности лечения вагинизма с привлечением суррогатных партнеров, а также сравнили эту эффективность с результативностью лечения в группе с обычным партнером. Авторы отмечают, что женщины, у которых нет активного партнера, не могут завершить обычный терапевтический процесс лечения вагинизма, так как они не могут перейти к стадии введения пальцев партнера-мужчины, а тем более к стадии введения пениса. Шестнадцать пациенток с вагинизмом, которые лечились с привлечением суррогатного партнера-мужчины (первая группа), сравнивались с 16 пациентками с вагинизмом, которые лечились со своими собственными партнерами (вторая группа). В первой группе эффективность составила 100%, а во второй – 75% ($P = 0,1$). В заключение авторы отмечают, что суррогатная терапия может быть использована у пациенток с вагинизмом, у которых нет партнера.

В. И. Здравомыслов и соавт. [3] описывают комплексный метод лечения вагинизма, состоящий из 10 элементов, который, помимо поведенческих воздействий, содержит другие лечебные методы:

1. Подробный сбор анамнеза с выяснением особенностей личности пациентки и её воспитания, детальный анализ психогении.
2. Беседа о сущности вагинизма.
3. Убеждение больной, что при проведении лечения она не будет испытывать какой-либо боли и при всех манипуляциях будет активно ассистировать врачу.

4. Тренировочная гимнастика бедер:

- а) сидя верхом на стуле лицом к спинке;
- б) лежа на лежаке.

Отмечается, что в тяжелых случаях вагинизма женщина и в обычной жизни держит ноги плотно сдвинутыми, часто сидит, положив ногу на ногу. Раздвигать ноги ей крайне трудно. Еще труднее довести угол разведения бедер до величины, которая позволяет ей лечь в гинекологическое кресло. Когда же пациентка садится на стул лицом к спинке, она невольно должна раздвинуть ноги. В следующий раз на стул можно добавочно положить подушку, что еще более увеличивает угол разведения бедер. После того, как это хорошо удастся сделать во врачебном кабинете, дается задание делать эти упражнения дома в течение 2-3 недель. На лежаке пациентке предлагается разводить ноги, согнутые в коленях, до максимально широкого угла разведения, с каждым сеансом стараясь его увеличить.

5. Тренировочная дыхательная гимнастика мышц брюшного пресса (проводится на лежаке). Больной, которая лежит на спине с максимально разведенными и согнутыми в коленях ногами, предлагают набрать полную грудь воздуха и сильно, как при запоре, напрячь брюшной пресс. Этот прием рекомендуется использовать при попытке ввести половой член во влагалище.

6. Гипносуггестивный сеанс. Осуществляются внушения, направленные на ослабление и ликвидацию страха перед гинекологическим осмотром, а позже – перед половым актом. Также делается внушение, что «все лечение будет абсолютно безболезненным». В конце сеанса проводится суггестия, что пациентка проснется свежей, бодрой, в радостном настроении, без страха, а в следующий раз заснет быстрее и глубже. Если во время первого сеанса больную удастся погрузить в довольно глубокое гипнотическое состояние, то после пробуждения женщина укладывается на гинекологическое кресло. Если она «не гипнабельна», осмотр на кресле откладывается еще на 1-2 сеанса.

7. Наружный осмотр на гинекологическом кресле. Когда больная ляжет на кресло, ей предлагается набрать полную грудь воздуха и очень сильно напрячь брюшной пресс. Сообщается, что при этом мышцы тазового дна расслабляются и половая щель приоткрывается, что дает возможность при наружном осмотре сделать заключение о состоянии девственной плевы. Затем заднепроходное отверстие смазывается вазелиновым или растительным маслом, и при натуживании мышц брюшного пресса производится пальцевое ректальное исследование.

8. Ректальный осмотр для выяснения состояния внутренних половых органов и тщательный осмотр гимена, для чего гимен выпячивается наружу введенным в прямую кишку пальцем.

9. Расширение отверстия девственной плевы до ширины несколько большей, чем это необходимо для «свободного» полового сношения, производится:

- а) расширителями Гегара или Жоли;
- б) зеркалом Куско (изнутри);
- в) зеркалами Саймса;
- г) маленьким метрейринтером (изнутри);
- д) пальцами.

У больных с хорошей гипнабельностью часто уже после 2–4-го сеансов достигается достаточный уровень аналгезии в постгипнотическом состоянии. У недостаточно гипнабельных больных в некоторых случаях приходится прибегать к смазыванию интроитуса, гимена и нижнего отрезка влагалища (через гимен) 2% раствором дикаина.

«Вход во влагалище, так же как и все инструменты, хорошо смазываются вазелиновым или растительным маслом. Перед введением расширителя или зеркала больная напрягает брюшной пресс. Зеркало Куско вводится в закрытом виде и после разведения браншей (с каждым введением все шире и шире) вынимается врачом или самой больной. После извлечения окружность наибольшего разведения измеряется сантиметром. Зеркало Саймса после введения слегка оттягивается в сторону промежности. Метрейринтер вводится корнцангом в сложенном виде, за-

тем резиновой грушей нагнетается воздух, трубка зажимается, легкими потягиваниями за неё баллон извлекается. При каждом потягивании больная помогает врачу, напрягая брюшной пресс. Когда женщина совершенно освоится с выведением инструментов, очень хорошо поручить ей и вводить их самой – это еще быстрее и радикальнее ликвидирует остатки страха. Раньше мы, имея в своем распоряжении расширители Гегара только № 23, переходили с них на расширение зеркалами. Сейчас же мы специально для этих больных заказали гегаровские расширители до № 40. Женщины охотнее переносят этот вид расширения» [3, с. 158-159].

10. Домашнее задание по тренировочной гимнастике бедер и брюшного пресса. Также рекомендуется получить данные о размерах полового члена мужа в состоянии эрекции.

В некоторых случаях, когда у больной в данный момент времени нет мужа или сексуального партнера и после окончания лечения их довольно долго не будет, рекомендуется, во избежание суживания гименального кольца, раскрывать бранши зеркала Куско еще шире, с таким расчетом, чтобы, вынимая его, больная немного надорвала девственную плеву.

Непосредственные и отдаленные результаты терапии при тяжелом вагинизме были определены цитируемыми авторами у 61 больной. У 55 из них удалось получить полный лечебный эффект, у 1-й – резко выраженный. У 2 пациенток был получен недостаточный эффект (лечение не было закончено). В 3-х случаях лечение не принесло результатов.

Следует отметить, что в книге, в которой представлены вышеприведенные материалы [3], сообщается, что в 1937 г. В. И. Здравомыслов опубликовал способ, который позволяет избавиться от пленения члена (*penis captivus*). Он заключается в следующем. Женщина должна как можно сильнее напрячь брюшной пресс (как при дефекации). Затем мужчина вводит указательный палец в её прямую киш-

ку и сильно оттягивает её кзади. Спазм немедленно проходит, и половой член освобождается

Т. Crowley и соавт. [23] называют следующие стратегии лечения больных вагинизмом:

Прогрессивная релаксация (поведенческая техника)

Используется для контроля за беспокойством (тревогой). Состоит из попеременного напряжения и расслабления групп мышц в заданной последовательности, например, начиная со ступней и двигаясь вверх. Женщин учат использовать её перед введением собственного пальца или вагинального тренажера.

Десенсибилизация

Используется в поведенческой терапии для лечения фобий и других поведенческих проблем, связанных с тревогой. Больные попадают в провоцирующие тревогу ситуации, которые постепенно становятся все более опасными (в данном случае вагинальные тренажеры постепенно увеличиваются в размерах).

Чувственное фокусирование (поведенческая техника)

Это серия структурированных прикосновений, призванных помочь парам преодолеть тревогу и повысить комфорт с помощью физической близости. Основное внимание уделяется прикосновениям. Изначально половой акт запрещен, и пары используют домашние упражнения, чтобы постепенно перейти от стадии близости к проникновению.

Электромиография

В этом методе для оценки и записи сигналов активации мышц используется электромиограф, который определяет электрический потенциал, генерируемый мышечными клетками в активном состоянии и в состоянии покоя.

Биологическая обратная связь (поведенческая техника)

В этом методе женщина использует электромиографию, которая измеряет активацию мышц с помощью поверхностных электродов на небольшом вагинальном зонде, чтобы помочь ей определить, когда активируются мышцы тазового дна. Физиотерапевты могут предложить её пациенткам

вместе с упражнениями для тазового дна. Небольшая серия отчетов о случаях использования биологической обратной связи показала, что с помощью этого метода пары могут достичь проникающего полового акта.

Гипнотерапия

Гипноз – это индуцированное состояние повышенной релаксации и измененного сознания, во время которого человек открыт для внушений, которые могут изменить определенное поведение.

Биологическая терапия

Медикаментозное лечение. Для лечения больных вагинизмом могут использоваться транквилизаторы и антидепрессанты. *Транквилизаторы* можно рекомендовать применять только за некоторое время (1,5-2 часа) до полового акта, если у пациентки отсутствует общевротическая симптоматика, беспокоящие мысли и тревога по поводу своего состояния в течение всего дня. Если же её беспокойство и мысли по поводу своего состояния имеют место постоянно (а не только в обстановке интимной близости и в её преддверии), то эти препараты следует принимать несколько раз в день на курсовой основе. Один из этих приемов должен осуществляться за 1,5-2 часа до полового акта. Кстати следует отметить, что диазепам (синонимы: реланиум, релиум, сибазон, седуксен и др.) относят к основным лекарственным средствам, используемых для лечения спастического мышечного гипертонуса [5].

Антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) также могут назначаться больным с патологией, о которой идет речь. В настоящее время они широко применяются для лечения тревожно-фобических расстройств. Их прием может быть полезен при данной патологии и потому, что она может сопровождаться депрессивным компонентом. Также рекомендуется использование *миорелаксантов* (мелликтин, кондельфин).

При лечении вагинизма могут применяться *местные анестетики* (мази, гели, спреи, растворы). В частности, может быть использован лидокаин и дикаин. В качестве

средств, способствующих беспроblemному проведению полового акта, следует рекомендовать *искусственные лубриканты*.

Ботулинический токсин А (ботокс; БТ) также применяется для лечения вагинизма, так как он временно снижает гипертонус мышц тазового дна. Отмечается, что хотя рандомизированные контролируемые исследования не проводились, экспериментальные исследования на небольших выборках показали эффективность такой терапии с устойчивыми положительными результатами в течение 10 месяцев [29; 32; 40].

Ghazizadeh Shirin, Nikzad Masoomeh [38] изучали эффективность инъекций ботулинического токсина для лечения женщин с умеренным и тяжелым вагинизмом. В этом исследовании использовался диспорт (от 150 до 400 мМЕ; Ipsen Ltd, Слай, Беркшир, Великобритания). Диспорт – нейротоксин ботулизма, блокирующий передачу нервных импульсов к мышцам, который относят к тому же классу веществ, что и ботокс, но он слабее его. Поэтому его вводят в больших дозах. В это исследование были включены 24 женщины с вагинизмом третьей-четвертой степени (средний возраст 25 лет; диапазон от 19 до 34 лет). Ранее эти женщины лечились безуспешно. Диспорт (150-400 мМЕ) вводили в лобково-ректальные мышцы (the puborectalis muscles) в 3 места с каждой стороны влагалища. Двадцать три пациентки (95,8%) через 1 неделю прошли вагинальное обследование, которое выявило незначительный вагинизм или его отсутствие, 18 (75%) смогли провести удовлетворительный половой акт после первой инъекции, 4 (16,7%) испытали легкую боль, 1 вылечилась после второй инъекции. Одна больная отказалась от влагалищного обследования и не пыталась вступить в половой акт, а у другой пациентки не было полового акта из-за вторичной «импотенции» мужа. За женщинами наблюдали в среднем 12,3 месяца (от 2 до 24 месяцев). Рецидивов не было. Авторы делают вывод, что в труднокурабельных случаях вагинизма, когда традиционные методы лечения не дают результата, можно рас-

смотреть возможность использования нейротоксина ботулизма.

A. Shafik, O. El-Sibai [37] отмечают, что они использовали ботулинистический токсин для лечения вагинизма в связи с тем, что лечение этого расстройства может занять много времени, а в некоторых случаях речь может идти о терапевтически резистентных случаях. Лечение БТ было проведено у 8 женщин с данной патологией (основная группа, средний возраст 26,6 $\pm$ 1,2 года). Пять пациенток с вагинизмом, которые соответствовали по возрасту женщинам основной группы, составили контрольную группу. Пациенткам основной группы вводили БТ (25 МЕ, разведенных в 1 мл физиологического раствора) в каждую из двух луковично-губчатых мышц. Пациенткам контрольной группы вводили физиологический раствор. Средний период наблюдения составил 10,2 $\pm$ 3,3 месяца. Состояние всех пациенток, которым вводили БТ, улучшилось. Пары смогли добиться удовлетворительной интродукции. Ни одна пациентка не нуждалась в повторной инъекции. В течение периода наблюдения осложнений и рецидивов у них не было. У лиц контрольной группы после инъекции физиологического раствора в луковично-губчатую мышцу состояние не улучшилось. Таким образом, инъекция БТ вызвала излечение у всех пациенток с вагинизмом. Авторы констатируют, что этот метод прост, легок, экономичен, не требует много времени и может применяться в амбулаторных условиях.

L. Bertolasì и соавт. [22] провели лечение ботулиническим токсином типа А амбулаторных пациенток, которые были направлены на этот вид терапии в связи с неудачей стандартного когнитивно-поведенческого и медикаментозного лечения вагинизма и вестибулярного синдрома вульвы (вульварного вестибулита). Из этой группы отобрали 39 женщин, у которых диагностические электромиограммы (ЭМГ), в частности, свидетельствовали о гиперактивности мышцы, поднимающей задний проход (the levator ani muscle). Эти пациентки прошли повторные циклы инъекции БТ в названную мышцу под контролем ЭМГ с последующим её мониторингом. Проводились и другие параклинические

исследования. Через 4 недели после первого цикла введения БТ основные показатели (возможность полового акта и гиперактивность m. levator ani при ЭМГ) улучшились. По окончании наблюдения 63,2% пациенток полностью излечились от вагинизма и вестибулярного синдрома вульвы, 15,4% все еще нуждались в повторных инъекциях, а 15,4% выбыли из исследования. В результате своих исследований авторы пришли к заключению, что БТ является эффективным в лечении вагинизма, вторичного по отношению к вестибулярному синдрому вульвы, который не поддается стандартному когнитивно-поведенческому и медикаментозному лечению. После лечения БТ сексуальная активность женщин улучшилась, а повторные инъекции обеспечили устойчивый эффект.

Р. Т. Расік [31] сообщают об опыте лечения им 20 пациенток с вагинизмом с использованием интравагинальных инъекций ботокса (ботулинический токсин типа А; Allergan, Inc., Ирвин, Калифорния) под седацией в период с 2005 по 2009 год. У двенадцати пациенток был первичный вагинизм, у пяти – вторичный, и у трех – тяжелая диспареуния. Двенадцать пациенток относились к категории 4 по Ламонту (наиболее тяжелой степени вагинизма по его классификации). Шестнадцать пациентов смогли осуществить половой акт в период от 2 недель до 3 месяцев от начала лечения; три пациентки проходят лечение, достигнув использования пятого или шестого размера расширителя из шести его размеров. Одна пациентка не смогла продвинуться дальше применения самого маленького расширителя. Этот случай относится к неудачным. Все пациентки продолжают наблюдаться, и теперь они консультируют других, у кого есть вагинизм.

Первоначально автор использовал более низкие дозы ботокса, чтобы сохранить некоторую мышечную активность влагалища. Опыт показывает, отмечает он, что более высокие его дозы (от 100 до 150 единиц) более эффективны для достижения полного временного расслабления влагалища. Автор сообщает, что в настоящее время он использует 2 мл физиологического раствора для разведения 100 единиц бо-

токса. Он вводится в несколько областей вдоль каждой боковой стороны влагалища, включая бульбокавернозные, лобково-копчиковые и лобково-прямокишечные мышцы (the bulbocavernosus, pubococcygeus, and puborectalis muscles), которые обычно являются областями максимального спазма. Используются игла диаметром 1¼ дюйма и вагинальное зеркало. Процедура проводится под седацией. В настоящее время в спазмированные мышцы также вводят от 15 до 20 мл 0,25% бупивакаина (местный анестетик) с 1: 200000 адреналина, а постоянный расширитель (по величине пятый из шести), покрытый 2% желе лидокаина, позволяет пациентке проснуться выздоровевшей, часто испытывая безболезненное проникновение в первый раз. Это, по-видимому, сокращает время от начала лечения до совершения полового акта до 2 недель. Пациенткам обычно требуется сильная седация из-за страха, связанного с любыми мыслями о проникновении. Необходимо быть готовым и иметь разрешение на выполнение гименэктомии, хотя в этой серии пациенток в этом не было необходимости [31].

Пациенткам рекомендуется использовать серию градуированных расширителей в течение примерно 2 недель перед попыткой совершения полового акта. В течение этого периода цитируемый автор поддерживает связь со своими пациентками несколько раз в неделю для оказания им поддержки. Женщины считают полезным использовать расширитель примерно за 30 минут до попытки полового акта. Необходимо использование смазки. Женщины продолжают испытывать жжение и дискомфорт во время первых попыток проведения полового акта, но в течение нескольких недель это проходит. Партнерам советуют, чтобы во время первых попыток проведения полового акта женщина могла сообщить о своем уровне комфорта. Шестнадцать пациенток (94%), отмечает автор, теперь испытывают радость от безболезненного полового акта. У женщин, которые получили это лечение, осложнений не было. В одном случае имел место побочный эффект – чрезмерная сухость, вероятно, вызванный действием ботокса. Парасимпатическая

система регулирует увлажнение влагалища и блокируется действием ботокса. Остальные пациентки использовали смазку и не заметили сухости. У больных, лечение которых было успешным, рецидивов не было [31].

P. T. Pacik, S. Geletta [33] для лечения больных вагинизмом использовали мультимодальный подход, который включал интравагинальные инъекции ботокса и бупивакаина, прогрессирующую дилатацию в условиях седации в сознательном состоянии пациенток, постоянное использование дилататора, последующее наблюдение и поддержку с посещениями офиса, телефонными звонками, электронной почтой, журналами дилатации и отчетами по определению Индекса женской сексуальной функции (FSFI). В результате проведенного лечения 171 (71%) пациентка сообщила о безболезненном половом акте в среднем через 5,1 недели, 6 (2,5%) пациенток не смогли совершить половой акт в течение 1 года после начала лечения, а 64 (26,6%) пациентки «были потеряны для последующего наблюдения». Изменение общего балла FSFI, измеренного до начала лечения, а также через 3 месяца, 6 месяцев и 1 год терапии, было статистически значимым (0,05). У трех пациенток развилось легкое временное стрессовое недержание мочи, у двух отмечался короткий период временного затуманивания зрения, а у одной женщины возникла временная чрезмерная сухость влагалища. Все нежелательные явления нивелировались примерно через 4 мес. Одной пациентке потребовалось повторное лечение, которое позволило ей успешно провести коитус.

W. M. Fageeh [25] сообщает о результатах лечения вагинизма в Саудовской Аравии. Испытуемыми были 15 женщин с вагинизмом третьей-четвертой степени, поступивших в университетскую больницу имени короля Абдулаззиза в период с 1 января 2008 г. по 1 января 2009 г. Средний возраст участников был 23 года, а средняя продолжительность брака до обращения за медицинской помощью составила 12 мес. Шесть пациенток успешно прошли традиционную терапию. Остальным шести пациенткам, четыре из которых ранее лечились безрезультатно, и двум, которые положи-

тельно не реагировали на четырехмесячную традиционную терапию, было предложено лечение ботулиническим токсином типа А. Пять пациенток, которые получали терапию ботоксом, совершили удовлетворительный половой акт в тот же день после инъекции. Одной пациентке потребовалась повторная инъекция через 2 мес. в связи с рецидивом вагинизма. Трое из 15 пациенток отказались от лечения, поскольку они уже развелись и пришли только для того, чтобы исключить органические причины их состояния. Автор статьи пришел к выводу, что традиционная терапия оказалась эффективной в легких и умеренных случаях, тогда как ботулинический токсин оказывает более быстрое действие и, следовательно, более эффективен в тяжелых случаях.

Физиотерапия. J. Т. Seo и соавт. [36] описали 12 случаев вагинизма, которые были успешно вылечены с помощью функциональной электростимуляции с биологической обратной связью (functional electrical stimulation (FES)-biofeedback) в сочетании с «сексуальной когнитивно-поведенческой терапией» (sexual cognitive behavioral therapy; SCBT). Состояние пациенток оценивались до и после лечения с помощью гинекологических осмотров и структурированных интервью, касающихся сексуальной функции и психологической адаптации. После постановки диагноза вагинизм, еженедельно проводилось расслабление мышц тазового дна с помощью FES-biofeedback. После того, как пациентки стали переносить вагинальные манипуляции, на 8 недель была добавлена восьмиступенчатая SCBT (восьмиступенчатая постепенная десенсибилизация, описанная Каплан, с использованием вагинального саморасширения с помощью пальцев и введения вагинального зонда). После 8 недель лечения все 12 пар завершили программу, стали терпимыми к вагинальному введению зондов большего размера и смогли достичь удовлетворительного вагинального полового акта. Авторы сделали вывод, что FES-biofeedback в сочетании SCBT является эффективным помощником для больных вагинизмом в обучении мышечному контролю. Следовательно, такое лечение может повысить его эффективность.

Хирургическое лечение. Р. Cryle [24] сообщает, что американский гинеколог Дж. Марион Симс, который назвал и описал синдром вагинизма, считал, что единственным рациональным способом лечения этого расстройства является операция. Его мнение сразу же получило широкое распространение во Франции, но в последующие десятилетия во французских медицинских кругах Симс подвергался все большей и большей критике. В частности, влиятельные специалисты выступали против хирургического лечения.

Здравомыслов и соавт. [3, с. 155-156] отмечают, что, к сожалению, гинекологи-хирурги для облегчения судьбы страдающих вагинизмом женщин шли по пути наименьшего сопротивления и разрабатывали различные операции (от простых эксцизий и полного удаления гимена (Sims) до сложных чревосечений), однако эти операции еще более ухудшали положение. Еще Scanzoni (1867) считал, что вагинизм всегда можно вылечить без оперативного вмешательства, а F. Mohr (1946) писал: «Имеются еще гинекологи, настолько неподготовленные в медицинском и психологическом отношении, что атакуют девственную плеву ножом» [3, с. 156]. Автор выражает надежду, что со временем от хирургического лечения вагинизма откажутся.

Мы не считаем правильным запрет всех хирургических вмешательств, когда речь идет о сочетании вагинизма с виргогамией, и в современной литературе можно найти рекомендации по использованию в случае вагинизма «легких» хирургических вмешательств (надрезы и рассечение девственной плевы, если она имеет чрезмерную толщину и не является эластичной). Конечно же, калечащие операции, о которых речь будет идти далее, должны быть полностью исключены из практики лечения больных вагинизмом.

О хирургических операциях, которые использовались для лечения вагинизма, В. И. Здравомыслов и соавт. [3, с. 156] сообщают следующее: «Так, Bunns, Simpson, Tavel применяли перерезку n. pudendi communis, приводившую к полной анестезии в области вульвы, а Leriche – периартериальную симпатэктомию нижнего гипогастриального сплетения. У нас Е. И. Кватер применял предложенную

Cotte и Leriche резекцию пресакрального нервного сплетения. В Болгарии И. Ю. Иванов предпочитал операцию Pozzi–Bucura, заключающуюся в рассечении волокон *m. constrictoris cunni* и *m. transversi perinei superficialis*. Charrier еще в 1862 году предложил форсированное расширение вульварного кольца под наркозом (вплоть до разрыва мышц). По этой методике начали лечить вагинизм и наши отечественные гинекологи. Так, 7. X. 1871 года на заседании акушерско-гинекологической секции Петербургского общества немецких врачей В. В. Сутугин сделал сообщение об удачном излечении двух случаев вагинизма по этой методике. В первом случае это была замужняя девственница, страдающая вагинизмом 13 лет, а во втором – 19-летняя новобрачная».

Интерес представляют следующие данные, которые приводятся в книге В. И. Здравомыслова и соавт. [3]. Так, сообщается, что еще Sims советовал в особо тяжелых случаях, когда всякое лечение оказывалось безуспешным, производить дефлорацию и первые половые акты под эфирным наркозом. Такой способ лечения вагинизма, как свидетельствует Schoeder, применялся в Америке. С этой же целью употребляли хлороформ. Таким образом женщина могла забеременеть и родить, а после родов вагинизм нивелировался самостоятельно. W. Stockel назвал такие браки эфирными, а ребенка, родившегося от такого брака, – *aetherkind* (эфирным дитя). Ив. Петров и Т. Бостанджиев (1969) сообщают о двух случаях вагинизма, когда первый коитус был организован в гинекологическом кабинете. Женщины при коитусе находились под наркозом, однако у обеих больных после наркоза половая жизнь по-прежнему была невозможна. У одного из супругов тяжелые переживания полового сношения с «бездвижным трупом» в присутствии третьего лица стали причиной долголетней психической импотенции. На основании этого авторы высказывают сомнение в целесообразности коитуса под наркозом. Здравомыслов и соавт. [3] считают такой коитус не только нецелесообразным, но и недопустимым. Также следует отметить, что Н. J. Prill (1964) советовал для лечения ваги-

низма под наркозом или гипнозом вводить во влагалище протез, имитирующий мужской половой член.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреас К., Андреас С. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП / Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 240 с.
2. Бэндлер Р. (Bandler R.) Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреас и С. Андреаса: Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 168 с.
3. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 272 с.
4. Каплан Х. С. (Kaplan H. S.) Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 160 с.
5. Королев А. А. Выбор фармакологической терапии при спастическом мышечном гипертонусе // Лечащий врач. – 2013. – №2. – С. 82–85.
6. Кочарян Г. С. Глава 5. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 48–66.
7. Кочарян Г. С. НЛП: терапевтические техники. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2009. – 176 с.
8. Кочарян Г. С. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 422–423.

9. Кочарян Г. С. Редкий клинический случай синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Здоровье мужчины. – 2019. – 1 (68). – С. 60–63.
10. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
11. Кочарян Г. С. Техника «десенсибилизации и переработки движениями глаз» в лечении больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи // Здоровье мужчины. – 2007. – №3 (22). – С. 67–69.
12. Кочарян Г. С. Виргогамия (девственный брак): причины, клинические наблюдения, опыт коррекции // Здоровье мужчины. – 2019. – № 4 (71). – С. 63–66.
13. Кочарян Г. С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 20 с.
14. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
15. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х + 692 с.
16. Свядоц А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
17. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
18. Федорова А. И., Екимов С. В. Вагинизм: учебное пособие. – Санкт-Петербург: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. – 40 с.
19. Шапиро Ф. (Shapiro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.
20. Bain J. A. Thought control in everyday life. – New York, 1966.

21. Ben-Zion Itzhak, Rothschild Shelly, Chudakov Bella, Aloni Ronit. Surrogate Versus Couple Therapy in Vaginismus // *Journal of Sexual Medicine*. – 2007. – 4 (3). – P. 728–733. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00452.x
22. Bertolasi L., Frasson E., Cappelletti J. Y., Vicentini S., Bordinon M., Graziottin A. Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome // *Obstet Gynecol*. – 2009. – 114 (5). – P. 1008–1016. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181bb0dbb
23. Crowley T., Goldmeier D., Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus // *BMJ*. – 2009. – 338:b2284. DOI: 10.1136/bmj.b2284
24. Cryle P. Vaginismus: a Franco-American story // *J Hist Med Allied Sci*. – 2012. – 67 (1). – P. 71–93. DOI: 10.1093/jhmas/jrq079
25. Fageeh W. M. Different treatment modalities for refractory vaginismus in western Saudi Arabia // *J Sex Med*. – 2011. – 8 (6). – P. 1735–1739. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02247.x
26. Fuchs K. Therapy of vaginismus by hypnotic desensitization // *Am J Obstet Gynecol*. – 1980. – 137 (1). – P. 1–7. DOI: 10.1016/0002-9378(80)90376-2.
27. Hawton Keith, Catalan Jose. Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome // *Sexual and Marital Therapy*. – 1990. – 5 (1). – P. 39–48. – URL: <https://doi.org/10.1080/02674659008407995>
28. Kabakçı Elif, Batur Senar. Who Benefits from Cognitive Behavioral Therapy for Vaginismus? // *Journal of Sex & Marital Therapy*. – 2003. – 29 (4). – 277–288.
29. Lahaie M. A., Boyer S. C., Amsel R., Khalifé S., Binik Y. M. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment // *Women's Health (London, England)*. – 2010. – 6 (5). – P. 705–719. DOI: 10.2217/whe.10.46.

30. Lew-Starowicz Z. Results of treatment of women with diagnosed vaginismus // *Ginekol Pol.* – 1982. – 53 (10). – P. 691–694.
31. Pacik P. T. Botox Treatment for Vaginismus // *Plastic and Reconstructive Surgery.* – 2009. – 124 (6). – P. 455e–456e. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181bf7f11
32. Pacik P. T. Vaginismus: A Review of Current Concepts and Treatment using Botox Injections, Bupivacaine Injections and Progressive Dilation Under Anesthesia // *Aesthetic Plastic Surgery Journal.* – 2011. – 35 (6). – P. 1160–1164. DOI: 10.1007/s00266-011-9737-5
33. Pacik P. T., Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients // *Sex Med.* – 2017. – 5 (2). – e114-e123. DOI: 10.1016/j.esxm.2017.02.002
34. Pourhosein Reza, Bahrami Ehsan Zeynab. Using Hypnosis in a case of Vaginismus: A Case Report // *Social and Behavioral Sciences.* – 2011. – 04389 (15). – P. 3886–3889. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.04.389
35. Şafak Öztürk C., Arkar H. Vajinismuslu Çiftlerde Bilişsel Davranışçı Terapinin Cinsel Doyum, Evlilik Uyumu, Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi [Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus] // *Turk Psikiyatri Derg.* – 2017. – 28 (3). – P. 172–180.
36. Seo J. T., Choe J. H., Lee W. S., Kim K. H. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus // *Urology.* – 2005. – 66 (1). – P. 77–81. DOI: 10.1016/j.urology.2005.01.025. PMID: 15992873.
37. Shafik A., El-Sibai O. Vaginismus: results of treatment with botulin toxin // *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* – 2000. –

- 20 (3). – P. 300–302. DOI: <https://doi.org/10.1080/01443610050009674>
38. Shirin Ghazizadeh, Masoomah Nikzad. Botulinum Toxin in the Treatment of Refractory Vaginismus // *Obstetrics and Gynecology*. – 2004. – 104 (5 Pt 1). – P. 922–925. DOI: 10.1097/01.AOG.0000141441.41178.6b
39. ter Kuile M. M., van Lankveld J. J., de Groot E., Melles R., Neffs J., Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors // *Behav Res Ther*. – 2007. – 45 (2). – P. 359–373. DOI: 10.1016/j.brat.2006.03.013.
40. Vaginismus. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Vaginismus> (the date of the reference: 27.08.2020).
41. Wijma Barbro, Wijma Klaas. A cognitive behavioural treatment model of vaginismus // *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. – 1997. – 26 (4). – P. 147–156. DOI: 10.1080/16506079708412484
42. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. – Stanford University Press, 1958.

ГЛАВА 6

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕПЯТСТВИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПОЛОВОГО АКТА

Существуют различные анатомические препятствия к проведению полового акта. К этому, в частности, могут приводить некоторые особенности девственной плевы (лат. *hymen*), которая представляет собой складку слизистой оболочки с отверстием, которая прикрывает вход во влагалище. Девственную плеву имеют следующие млекопитающие: шимпанзе, люди, лошади, ламантины (большие водные травоядные млекопитающие, обитающие на мелководье), слоны, киты [24; 25]. При первом половом акте девственная плева обычно (но не всегда) разрушается (дефлорация), а после родов она практически не сохраняется. Встречается врождённое отсутствие девственной плевы (аплазия), а также вторичное её заращение после разрушения. До 20 лет дефлорация протекает проще и легче, чем после 25 лет, что связано с уплотнением девственной плевы и снижением её эластичности.

Плотная девственная плева

Существуют различные варианты девственной плевы. Трудности при дефлорации возникают в случае плотной (ригидной) девственной плевы, которую также называют плотным девственным кольцом (шифр N89.6 в МКБ-10). В нормальных условиях проникновение мужского полового органа приводит к естественной дефлорации. Обычно это сопровождается небольшим кровотечением и слабой болью, но в некоторых случаях выделений крови и неприятных ощущений вовсе нет. Если же девственная плева имеет чрезмерную толщину и не является эластичной, возникают трудности для введения члена во влагалище. Главные опасности такого положения состоят в следующем [13]:

- из-за препятствия для проникновения пениса внутрь, сексуальный контакт приносит девушке неприятные ощущения, вплоть до очень сильной боли;

- при естественном нарушении целостности плотной девственной плевы кровотечение будет намного обильнее, к тому же повышается риск получения травм;
- трудности при первом сексуальном контакте способствуют развитию эмоционального дискомфорта, нередко женщина вовсе отказывается вести половую жизнь из-за страха перед болью и комплексов. Именно поэтому целесообразно обратиться в клинику для хирургического нарушения целостности гимена.

С этой целью на её поверхности делается несколько некрупных надрезов. Эта процедура проводится амбулаторно под местным наркозом, что исключает появление боли и дискомфорта. Надрезы делают при помощи лазерного оборудования или радиоволнового скальпеля. Кровотечение при этом очень слабое. Затем внутрь влагалища вставляют тампон, пропитанный обеззараживающим раствором. Спустя 2-3 часа девушка может покинуть клинику. После процедуры дефлорации пациентка получает соответствующие рекомендации. Её знакомят с правилами обработки интимной зоны и реабилитации после операционного вмешательства. В течение следующих двух-трех суток необходимо проводить антисептическую обработку этой зоны. Первый половой акт рекомендуется проводить не раньше, чем через 2 недели после дефлорации плотной девственной плевы [13]. Называют и другие (гораздо менее продолжительные) сроки, через которые можно начинать жить половой жизнью после хирургической дефлорации, которые исчисляются днями. Следует отметить, что раньше надрезы девственной плевы делались обычным скальпелем, но сейчас такой способ хирургической дефлорации проводят все реже.

В ряде клиник с целью хирургической дефлорации используется аппарат Сургитрон, который оказывает радиоволновое воздействие, генерируя радиоволны высокой частоты (3,8-4,0 МГц). Процедура осуществляется следующим образом [12].

Гимен рассекается радиоволновым ножом под местной анестезией. При повышенной чувствительности процедуру проводят после введения пациентки в кратковременный медикаментозный сон. Во влагалище вводят тампон с антисептиком, предупреждая воспаление. Операция простая и безболезненная. Через час-полтора после вмешательства пациентка уходит домой.

Рекомендации после проведения процедуры:

- В течение одного-двух дней возможна лёгкая боль в области наружных половых органов и кровянистые выделения. До заживления рекомендуется несколько раз в день подмываться раствором марганцовки.
- Следует на неделю отказаться от принятия ванны, посещения сауны, бассейна.
- В послеоперационный период необходимо снизить физическую активность, не поднимать тяжести.

Вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений после хирургической дефлорации крайне мала. Это могут быть [20]:

- болевые ощущения в области половых органов в первые дни после операции;
- общий внутренний дискомфорт;
- занесение инфекции;
- кровотечения;
- повышенная температура.

Следует отметить, что хирургическая дефлорация применяется не только в случаях плотной девственной плевы. Её также проводят, когда девственная плева слишком эластична и хорошо растягивается, но не рвется; когда в гимене нет отверстий для выхода менструальной крови; при повышенной болевой чувствительности; в случаях страха перед первым половым актом. Однако в последних двух случаях необходимо не забывать о возможностях психотерапии, которая, в частности, дает возможность преодолеть этот страх, а также индуцированные им болевые ощущение.

ния, что позволяет не прибегать к хирургической дефлорации.

Агенезия или аплазия влагалища

В данном случае речь идет о врожденном дефекте, при котором влагалище не развивается или перестает развиваться. Результат – полное или частичное отсутствие влагалища. Встречается эта патология приблизительно с вероятностью 1 на 5000 рожденных девочек и является значительной угрозой для психологического и психического здоровья. У подавляющего числа пациенток с агенезией влагалища имеет место синдром Майера – Рокитанского – Кустера – Хаузера (СМРКХ). Он развивается у женщин с нормальным кариотипом (46XX) вследствие аномалии развития протоков Мюллера и представляет собой полное отсутствие или недоразвития матки, маточных труб и влагалища [17].

Sallie Foley, George W. Morley [29] сообщают, что агенезия влагалища встречается приблизительно с вероятностью 1 на 5000-7000 рожденных девочек и является значительной угрозой для психологического здоровья. У 90% пациенток с агенезией наблюдается СМРКХ, то есть у них кариотип 46.XX и нормальные здоровые яичники. Хотя обычно матка у них отсутствует, но в 5% случаев у таких пациенток она все же имеется. Примерно у 7–8% оставшихся пациенток имеет место более редкая патология – синдром нечувствительности к андрогенам (англ. – Androgen Insensitivity Syndrome). У таких пациенток кариотип 47.XY. У некоторых пациенток иные генетические или гонадальные вариации. Однако процедура оказания психологической и медицинской помощи для них в основном такая же, как и при работе с молодыми женщинами с кариотипами 46.XX или 46.XY.

В МКБ-10 СМРКХ представлен шифрами Q51.8 и Q52.8, а в МКБ-11 шифром LB44.Y.

Этиология синдрома Майера – Рокитанского – Кустера – Хаузера изучена недостаточно. Роль наследственных факторов в формировании пороков развития репродуктив-

ной системы составляет от 10 до 25%. Влияние профессиональных вредностей (контакт родителей с химическими веществами, радиацией), а также конкретные тератогенные факторы остаются невыясненными [1]. Предполагается, что СМРКХ является результатом аутосомно-доминантного наследования с неполной пенетрантностью и переменной экспрессивностью. Это усложняет идентификацию основных механизмов, вызывающих данное состояние. Как известно, аутосомно-доминантное наследование заболеваний – вид наследования, при котором генетически обусловленная болезнь проявляется в случае, если у человека есть хотя бы один «дефектный» ген, который содержится в аутохромосомах [неполовых хромосомах], а не в половых (X и Y) хромосомах [аллохромосомах].

Из-за различий в наследовании, паттернах пенетрантности и экспрессивности СМРКХ подразделяется на два типа: тип 1, при котором поражаются только структуры, развивающиеся из мюллерова протока (верхняя часть влагалища, шейка матки и матка), и тип 2, где поражаются те же структуры, но дополнительно к этому имеют место пороки развития других систем организма, чаще всего речь идет о почках и скелете [31]. Так, отмечается, что в этих случаях часто могут наблюдаться нарушения формирования мочевыделительной системы (нарушение строения и расположения почек, мочеточников и мочевого канала) и скелета (нарушение строения позвоночника) [11; 15].

Женщина с этим заболеванием не имеет гормональных отклонений. Она вступает в период половой зрелости с развитыми вторичными половыми признаками, включая молочные железы, которые начали расти вовремя, оволосение лобка и подмышечных впадин. По крайней мере, один яичник цел, если не оба, и обычно происходит овуляция. Как правило, влагалище укорачивается, и в некоторых случаях половой акт может быть трудным и болезненным. Вместе с тем отмечается, что клиническое обследование, подтвержденное ультразвуковым исследованием гениталий, демонстрирует полное или частичное отсутствие шейки матки, матки и влагалища [31]. Таким образом, у боль-

ных с СМРКХ возможны различные варианты генитальных аномалий.

На месте влагалища у больных с СМРКХ, как правило, имеется небольшое углубление от 1 до 4 см в глубину. Агенезия может быть ложно диагностирована как неперфорированная девственная плева. В этом случае ошибочные попытки сделать гименотомию могут стать причиной образования рубцов, что в будущем может создать трудности для пациентки. Для исключения ятрогенных негативных воздействий врачам рекомендуют говорить пациентке, что у неё не полностью сформировано влагалище, избегая выражений типа «родилась без влагалища». Также врачу рекомендуют говорить пациентке, что ей можно сделать «более функциональное», а не «искусственное влагалище» [14].



Рисунок 1. (фотография). Агенезия влагалища у женщины с СМРКХ

Своевременно возникшее половое влечение и потребность в половой жизни у женщин с аплазией влагалища и матки травмируют психику, что приводит к возникновению невротических расстройств, повышенной мнительности и ощущению собственной неполноценности [1]. Пациентки с СМРКХ характеризуются низкой самооценкой по шкале женственности, самоидентификацией с лицами младшего возраста, отсутствием различий в описании мужской и женской половой роли и четкого представления о собственной половой идентичности [2].

Существует 2 вида лечения СМРКХ: неоперативный – кольпоэлонгация (бескровный кольпопоз) и оперативный – создание влагалища из брюшины, кожи, отрезка кишки, аллопластических или синтетических материалов. Различные

методы лечения этого синдрома отражены в аналитическом обзоре, представленном Д. А. Кругляк и соавт. [10].

Кольпоэлонгация. В создании и применении этого метода для формирования неовагины основную роль сыграл тот факт, что ткани вульвы обладают большой способностью к растяжению [7; 19]. В связи с этим в 1830-х гг. Р. Fletcher и В. Amussat предложили технику, которая заключалась в длительном надавливании пальцем в зоне преддверия влагалища с постепенным образованием углубления. В 1938 г. Р. Франк модифицировал этот метод. Он использовал серию влагалищных протезов различной величины (по длине и диаметру). Начинали процедуру с применения протеза диаметром 0,7 см, а затем по мере углубления образовавшейся ямки задействовались протезы все большего и большего размера. В течение 6 мес. лечение проводилось совместно с врачом, а затем самой пациенткой. Регулярная половая жизнь в последующем способствовала углублению сформированного пространства [1]. Вагинальная дилатация по методу Франка используется при условии наличия вагинальной ямки. Существуют различные модификации и методики для осуществления кольпоэлонгации (Ингрэма, Б. Ф. Шерстневой, Е. В. Уваровой) [10].

Продолжительность первой процедуры при бескровном формировании неовлагалища в настоящее время составляет 20 мин. В последующем её увеличивают до 30–40 мин. Прогнозировать результат можно уже после первых 3-х процедур. Если пациентка спокойно реагирует на вмешательство, а глубина неовлагалища достигает 4–5 см, то следует продолжить проводимое лечение. Один курс кольпоэлонгации включает 15–20 процедур. Начинают с одной процедуры в день, а через 1–2 дня переходят на 2 процедуры в день. Обычно проводят от 1 до 3 курсов кольпоэлонгации. Интервал составляет около 2 мес. В подавляющем большинстве случаев удается добиться положительного эффекта – образования хорошо растяжимой неовагины, которая пропускает 2 пальца на глубину не менее 10 см. Достоинствами кольпоэлонгации является её неинвазивность,

а также отсутствие необходимости начинать половую жизнь сразу после окончания лечения [10]. По мнению Ф. А. Шаряфетдиновой, полноценное влагалище неоперативным методом можно сформировать лишь у пациенток, уже имеющих нижний отдел влагалища [21].

М. В. Медведев [11] сообщает, что нехирургическая методика формирования влагалища заключается в следующем. На специальном сиденье, похожем на велосипедное, размещаются вагинальные дилататоры (рис. 2) различных размеров (от меньшего к большему). Женщина в течение нескольких месяцев по 15 минут два раза в день сидит на постепенно увеличивающихся в размерах дилататорах. Когда влагалище уже создано, она постоянно носит дилататор во влагалище вместе со специальным бельем. По мнению автора, данная методика эффективна только у очень мотивированных особ.

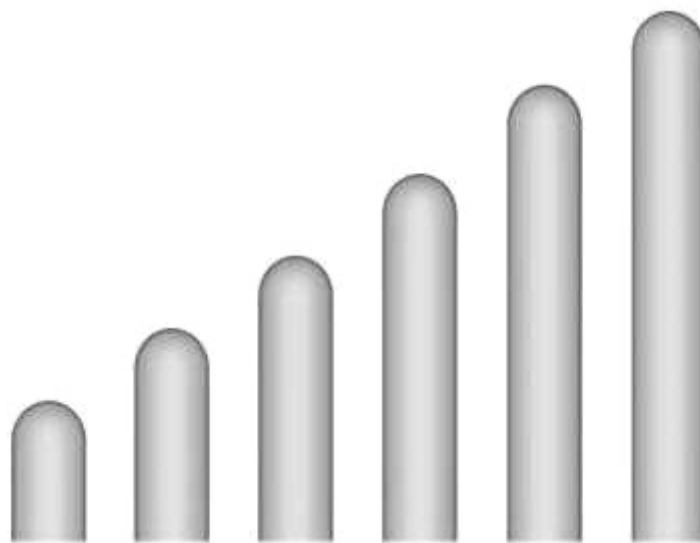


Рисунок 2. Набор вагинальных дилататоров для нехирургического создания влагалища

В резолюции Американского конгресса акушеров и гинекологов 2018 г. отмечается, что неоперативное растяжение влагалища должно быть первостепенным. При грамотном консультировании и эмоциональной подготовке почти все пациентки (90–96%) смогут достигнуть анатомического и функционального успеха [26]. Д. А. Кругляк и соавт. [10], ссылаясь на литературные данные, сообщают, что ваги-

нальная дилатация широко рассматривается в качестве первой линии терапии в различных странах мира (Великобритании, Австралии, США и некоторых регионах России). Они отмечают, что метод оказался оптимальным, так как не связан с рисками оперативного вмешательства, технически легко выполним больными, экономически и клинически эффективен, безопасен. Успешным лечение считают тогда, когда удастся создать неовлагалище длиной от 5,0–7,0 до 10 см (при проведении процедур 2–3 раза в день в течение 20 мин и длительности лечения в течение 5,5 мес) [27; 30; 34]. Отмечается, что в связи с высокой эффективностью безоперационные подходы находятся в центре внимания специалистов и должны быть рекомендованы большинству пациентов, так как для сохранения достигнутого результата не требуют дилатации, которая часто необходима после хирургического лечения [10].

Хирургический кольпопоз. При неэффективности консервативного лечения показано хирургическое формирование неовагины (кольпопоз). Хирургические методы успешны в 80–90% случаев, что не превышает показатель эффективности нехирургических подходов [28]. В настоящее время нет единого хирургического подхода к кольпопозу. Для создания неовлагалища используют [7]:

1. Метод образования влагалища из участка кишки. Из всех способов кольпопоза с использованием различных частей кишечника (петли тонкого кишечника, отрезок сигмовидной кишки, слепая кишка) наиболее распространено использование сигмовидной кишки.

2. Кожно-эпидермальную аутоотрансплантацию. Кожно-пластические способы кольпопоза относительно легки в техническом отношении, более безопасны для больных.

3. Методы брюшинного кольпопоза. При данной методике для кольпопоза используется париетальная брюшина малого таза.

Для кольпопоза используются и другие материалы.

Д. А. Кругляк и соавт. [10] сообщают, что среди хирургических методов лечения данной патологии наиболее часто используемыми и признанными во всем мире считают ме-

тоды Vecchietty, Abbe–McIndoe и Давыдова. При методе Vecchietty акриловые нити от вагинальной ямки через пузырно-прямокишечное пространство идут в полость таза и потом к тяговому устройству на передней брюшной стенке. Метод Abbe–McIndoe предполагает формирование влагалища из ткани (кожного лоскута), которая взята на бедре или ягодицах. Его послеоперационными недостатками являются косметический дефект (шрам), рубцевание, а также рост волос во влагалище.

Коллективом автором была предложена интересная модификация метода Abbe–McIndoe, где в качестве трансплантата использовали аутологичную вагинальную ткань, культивированную в пробирке [23]. Существуют данные о 23 пациентках, получивших данное лечение. Через 12 мес после операции они были обследованы с помощью опросника «Female Sexual Function Index» («Индекс женской сексуальной функции»). Была отмечена их удовлетворенность качеством сексуальной жизни.

Этому подходу к кольпопозу предшествовал другой подход, результаты использования которого были опубликованы на один год ранее (работа мексикано-американской бригады по созданию неовагины) [32]. Речь шла о четырех лицах женского пола в возрасте от 13 до 18 лет с врожденной аплазией влагалища, которым был установлен диагноз «синдром Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера». Они не имели возможности заниматься проникающим (вагинальным) сексом. Вместе с тем у них была вульва, которая, в частности, включает половые губы и клитор. У каждой из женщин была удалена небольшая часть вульвы, из которой в лаборатории начали выращивать клеточную культуру. Примерно через 4 недели было выращено достаточное количество клеток для строительства нового органа. Необходимо было убедиться в том, что эти клетки достаточно зрелые, чтобы при имплантации их в организм они могли задействовать другие его клетки. Это дает возможность сформировать ткань, включающую нервы и кровеносные сосуды. Чтобы рассчитать подходящие для каждого пациента форму и размер каркаса, проводилась МРТ. Вы-

ращенные клетки наносились на этот каркас. После этого была создана полость в брюшной полости, в которую было вставлено искусственное влагалище. Оно было там закреплено и соединено с маткой. Все пациентки хорошо перенесли вагинопластику и находились в больнице около 7 дней. Никаких интраоперационных осложнений или осложнений, возникших сразу после операции, не было. В течение 6 недель женщинами использовался стен, чтобы убедиться в том, что структура созданного влагалища сохраняет правильную форму. Каркас был сделан из коллагеновой матрицы и самопроизвольно разрушался в течение нескольких месяцев. Через 6 месяцев влагалище у пациенток полностью сформировалось, и они смогли заниматься вагинальным сексом. Последующее наблюдение в течение до 8 лет не выявило отдаленных послеоперационных осложнений. Ежегодные серийные биопсии свидетельствовали о наличии трехслойной структуры, состоящей из покрытого эпителиальными клетками просвета, окруженного матрицей и мышцами, с ожидаемыми компонентами вагинальной ткани. Иммуногистохимический анализ подтвердил наличие фенотипически нормальных гладких мышц и эпителия. МРТ, выявившая аплазию влагалища до операции, свидетельствовала о наличии у пациенток сконструированного органа (влагалища) и об отсутствии его аномалий после операции, что подтверждалось ежегодной вагиноскопией. Опросник «Индекс женской сексуальной функции», который пациентки заполняли самостоятельно, показал, что во всех тестируемых областях (желание, возбуждение, lubricация, оргазм, удовлетворение и безболезненный половой акт) показатели были в пределах нормы. Следует отметить, что когда пациенткам были проведены операции, их организм еще находился в периоде роста. Результаты исследования свидетельствовали о том, что созданные в лаборатории органы могут расти вместе с телом.

Большое психологическое значение при реализации такого метода формирования влагалища имеет тот факт, что искусственно созданная ткань происходит из собственного тела реципиента, т. е. одновременно он является и доно-

ром. Помимо этого, его использование позволяет избежать осложнений при применении других тканей. Так, в частности, трансплантаты клеток кожи не обеспечивают смазки, что может быть причиной выраженного дискомфорта и боли при вагинальном коитусе, а клетки кишечника постоянно выделяют слизь, что вызывает неприятный запах. Использование собственных женских клеток вульвы позволяет решить эти проблемы.

Метод Давыдова заключается в эпителизации влагалища с помощью серозных листков малого таза, т. е. речь идет о так называемом аутопластическом способе кольпопоза. Существует ряд его модификаций.

Для проведения кишечной вагинопластики, как отмечалось нами ранее, использовали сигмовидную, подвздошную или тощую кишку (средний отдел тонкой кишки). Д. А. Кругляк и соавт. [10] придерживаются мнения Л. В. Адамян и соавт. [1], согласно которому метод сигмоидального кольпопоза при аплазии влагалища в настоящее время должен представлять только исторический интерес. Это связано с высоким процентом его возможных осложнений.

В современных условиях «золотым стандартом» хирургического кольпопоза является кольпопоз из тазовой брюшины с лапароскопической ассистенцией [18].

Следует отметить, что на всех этапах взаимодействия врача / психолога и пациента (дооперационный и постоперационный периоды) с агенезией влагалища необходимо проведение психотерапевтических воздействий (когнитивно-ориентированная психотерапия и другие её виды).

Клинические иллюстрации. Приведем пример из нашей клинической практики. Больная К., 22 лет, обратилась за помощью 18.11.2017 г. Не замужем, детей нет, в настоящее время сексуального партнера нет. Имеет высшее гуманитарное образование, в настоящее время проходит обучение на маркетолога. Проживает сама в однокомнатной квартире.

Жалобы и анамнез. Сообщила, что у неё только 1 почка, врожденное отсутствие влагалища, которое потом было создано из брюшины, нет фаллопиевых труб, но есть яич-

ники. Когда ей было 10 лет, у неё диагностировали отсутствие одной почки, а в возрасте 13-14 лет гинеколог обнаружил все вышеназванные гинекологические аномалии. Ей был поставлен диагноз: синдром Майера – Рокитанского – Кустера – Хаузера. Однако мать скрыла от неё этот факт. Месячные у неё отсутствовали. В 15 лет начала интересоваться ребятами. В этом же возрасте была первая попытка провести половой акт (она, как отмечалась нами ранее, не знала об отсутствии у неё влагалища), которая не удалась. Было очень больно, она и парень не поняли, почему так случилось. В 16-летнем возрасте обратилась к гинекологу, который провел ей операцию по формированию вагины из брюшины. Мать узнала о том, что ей сделали операцию, только через 2-3 дня после её совершения. Операцию финансировал отец, который много лет был в разводе с её матерью (они расстались, когда пациентке было 4 года, а официально развелись, когда ей было 13 лет). Операция была продолжительная: длилась около 5 часов. Тяжело отходила от наркоза. Реабилитация длилась несколько месяцев.

Отмечает, что когда ей делали операцию, то сделали биопсию яичника и сказали, что у неё вырабатываются яйцеклетки.

Половой акт состоялся с молодым 19-20 летним парнем спустя 2 месяца после операции. Она рассказала ему о своей патологии. Это была её первая любовь. Встречалась с этим молодым человеком в течение 2 лет. Периодически они ссорились и тогда не встречались. Первое расставание было обусловлено тем, что он поднял на неё руку, а потом причиной расставаний было то, что он параллельно встречался со своей бывшей девушкой. С 18 лет в течение 2 месяцев жила половой жизнью с арабом. Однократные половые акты были с 8 мужчинами. С 16 до 22 лет (до лета 2017 г.) были частые половые связи, а с того времени – редкие. Отмечает, что сформированное влагалище постепенно зарастает, и поэтому половой жизнью нужно жить регулярно.

Генитальной эрогенной зоной является клитор. При мастурбации, которая происходит под гетеросексуальное порно, у пациентки наступает оргазм. Он также возникает и при сексуальных контактах с мужчинами при стимуляции клитора их пальцем или языком, а также членом в определенных позициях (например, в позе наездницы). Влагалище не чувствительно, при регулярных половых актах оно увлажняется в предварительном периоде. Сообщает, что у неё появилась привычка отбивать парней у своих подруг и знакомых девушек.

Три года назад был однократный сексуальный опыт с подругой, которой она делала кунилингус. Хотя заявляет, что сейчас полового влечения к женщинам у неё нет, однако сообщает, что есть одна супружеская пара (ее знакомые), где оба супруга воспринимаются ею как сексуальные объекты. Как то на праздновании Хэллоуина они много выпили и «все перецеловались». Отмечает, что соотношение выраженности полового влечения к мужчинам и женщинам составляет 4:1. Влечение к женщинам возникает очень редко и только к определенным лицам.

Мастурбация с 10 лет. Оргазм впервые возник при мастурбации, но точно не помнит в каком возрасте. Мастурбировала редко (до операции 1 раз в 3 месяца). Сейчас мастурбирует 1 раз в неделю. При введении фаллоимитатора (нужно «разрабатывать» влагалище) одновременно стимулирует клитор пальцем. Вводит фаллоимитатор неглубоко, а после оргазма продвигает его глубже, и тогда возникают болевые ощущения.

Не помнит, в каком возрасте появились эротические сновидения, но они были редкими. В настоящее время их нет.

Как выяснилось, основная психологическая проблема пациентки состоит в том, что она отбивает парней у своих подруг и приятельниц. Когда подруга или приятельница не встречаются с парнем, то они для неё лучшие люди. Когда же они начинают встречаться, то отношение к ним резко изменяется в отрицательную сторону, и она стремится отбить у них ребят.

Пациентка сообщает, что у неё одна почка, слабый иммунитет, хронический пиелонефрит, имеет место хронический синусит, болит спина (из-за проблем с позвоночником).

Курит мало, алкогольными напитками не злоупотребляет. Наркотики не употребляет.

Объективные данные. Рост – 158 см, масса тела – 57 кг, носит первый размер бюстгалтера. Оволосение на лобке (когда он не выбрит) с горизонтальной верхней границей. Небольшие усики. На руках и ногах волос немного, и они светлые.

Обсуждение. В данном случае у пациентки с СМРКХ существует следующая, обусловленная данным синдромом проблема, связанная с её подругами и приятельницами. Желание отбить у них парня является потребностью самоутвердиться, связанной с её патологией. Отбив его у гинекологически здоровых женщин, она, несмотря на свою патологию, как бы оказывается победительницей в соперничестве. Т. е. речь идет о компенсации.

Приведем пример, когда речь шла о Джоанне Джаннули – 27-летней девушке, родившейся без матки и вагины, у которой диагностировали синдром Майера – Рокитанского – Кустера – Хаузера [22].

«Когда мы пошли к врачу в первый раз, мой отец старался делать вид, что все в порядке. Моя мать тоже, но у неё это получалось хуже. К тому времени она винила себя вот уже десять лет. При виде неё у меня разрывалось сердце.

Первые пять лет мы об этом практически не разговаривали. Я просто не могла этого делать. Я чувствовала себя разрушенной и слабой. Моя мать думает, что она что-то не так сделала во время беременности. Я ей объясняла, что она ничего плохого не сделала, что это просто генетика.

Это нарушение все еще считается в обществе позорным. Меня больше всего ранило то, что когда мой тогдашний партнер об этом узнал, то он меня бросил.

Я была помолвлена в 21 год. Тогда я жила в Афинах. Когда я рассказала своему жениху о своем нарушении, он

разорвал помолвку. Все это в прошлом, и сейчас у меня все в порядке. Вот уже пять лет у меня хорошие отношения с любящим меня человеком. Он знал о моем синдроме, но решил остаться со мной. Он знает, что, скорее всего, у нас не будет детей. Он относится к этому спокойно. Я тоже. Мне повезло».

О своих генетических отклонениях Джоанна Джаннули узнала в 17 лет.

«Моя мать отвела меня к врачу, когда мне было 14 лет, потому что у меня так и не начались месячные. Он не стал меня осматривать, потому что не хотел дотрагиваться до интимной части моего тела. Когда мне исполнилось 16, врач отправил меня на обследование в больницу. Там обнаружили, что у меня нет влагалища и что у меня синдром Рокитанского. Так как я родилась без вагины, врачам пришлось её сконструировать, чтобы у меня была возможность половой жизни».

Операция, которую ей сделали в Афинах в 17 лет, прошла очень хорошо. В больнице она провела две недели. После этого ей пришлось лежать в постели еще три месяца, так как она просто не могла встать. Чтобы расширить свое влагалище, она занималась специальными упражнениями.

«Новая вагина оказалась маленькой и узкой, и секс причинял мне много боли, и мне пришлось развивать поперечные мышцы промежности при помощи вагинальных упражнений. Врачам также пришлось их надрезать, чтобы расширить «врата», как я это называю.

После этого со мной все было в порядке физически, но не психологически. Это своего рода ноша, от которой невозможно избавиться. У меня были партнеры, которые просто издевались надо мной из-за этого. В течение многих лет я не могла вступить ни с кем в стабильные отношения. Это ужасное положение. Оно крадет у тебя счастье, душу, возможность быть с кем-то в хороших, близких и стабильных отношениях. Оно оставляет пустоту в душе, которую невозможно заполнить. Оно заливают тебя гневом, чувством вины и стыда.

Потом было очень сложно. Я очень страдала эмоционально и психологически. Это было очень-очень тяжело.

С тех пор прошло почти 10 лет. Я по-прежнему сожалею, что родилась такой, но больше этого не стыжусь. Я слишком давно уже с этим живу. И я поняла, что я не могу ничего изменить, что все просто так и будет, и что мне надо с этим свыкнуться.

Первые несколько лет после установления диагноза, а иногда и сейчас, я думала, что я ничего не стою. Бракованный товар. Что я не заслуживаю того, чтобы меня любили. Много лет я была потеряна. Это может разрушить вашу жизнь. У меня была депрессия, страхи, приступы паники...

Но я вынесла для себя урок. Хотя я не верю в бога, я думаю, что то, что со мной случилось, было как бы напоминанием – не принимать ничего как должное.

После этого я как будто родилась заново. У меня началась новая жизнь, новое понимание самой себя. Моя жизнь полностью изменилась. До того я была типичным подростком, то счастливая, то нет. Но после этого я очень-очень быстро повзрослела. И за это я благодарна.

Я стала другим человеком. Я живу одним днем. Я не строю планов на будущее, потому что не знаю, буду ли я жива.

Мало кто знает про мой синдром. Я хотела держать его в секрете, но моя мама рассказала об этом родственникам. Это было не слишком приятно, потому что люди начинают тебя жалеть. А я не хочу, чтобы меня жалели. Я не умираю. Мне ничего не грозит. Но люди с такой жалостью стали на меня смотреть, что мне самой становилось все грустнее и грустнее.

Я не могла говорить об этом в Афинах, да и вообще в Греции, потому что люди там очень консервативные. Иногда мне казалось, что я живу в средневековье.

В Греции мне никто не мог помочь, я не могла найти никого, с кем я могла бы об этом поговорить. А мне это было так нужно! Почти все женщины с этим синдромом испытывают стыд. Я нашла двух таких женщин, которые были го-

товы поговорить об этом, но через некоторое время они просто исчезли – им было слишком стыдно.

Я хотела бы стать матерью – биологической или приемной. Мать – это не та, кто рождает, а та, кто растит ребенка.

Сейчас я об этом особенно не думаю, но, может быть, в будущем у меня будут дети. Я обожаю детей, так что посмотрим.

Разговор об этом меня как бы раскрепощает. Я хочу таким образом поддержать всех женщин с этим синдромом, потому что я прошла через круги ада и знаю, к каким проблемам это приводит. Из-за этого многие женщины покончили с собой.

Я нашла в себе силы, потому что я хочу помочь другим женщинам, оказавшимся в моем положении. Ведь если мы не поможем друг другу, то кто это сделает за нас? Говоря обо всем этом, я чувствую себя сильнее».

Приведу еще один пример, когда речь шла о синдроме Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаусера, который ярко демонстрирует психологические реакции девушки / женщины на существующую патологию [16].

«В одиннадцать лет я посмотрела фильм «Животное под названием человек» и начала ждать «того самого» дня после четырнадцати, однако, стала беспокоиться: месячные были у всех одноклассниц, кроме меня. В «книге для девочек» я вычитала, что если менструация не приходит вплоть до семнадцати лет, это нормально, но я всё равно волновалась и постоянно расспрашивала маму о её опыте. Мама старалась избегать таких разговоров, поэтому я обращалась к подругам: сперва они охотно говорили на эту тему, но через пару лет стали сторониться меня, некоторые даже издевались. Это был непростой период: ссоры с родителями, буллинг в школе, перепады настроения и мысли, что со мной «что-то не так». Когда мне было пятнадцать, маме передалось моё беспокойство, и мы пошли к гинекологу». После различных исследований (многократное УЗИ, лапароскопия и др.) было выявлено, что у пациентки нет

матки, укороченное влагалище, но есть нормально функционирующие яичники. Больной был поставлен диагноз «СМРКХ», и ей сообщили, что из-за отсутствия матки она никогда не сможет забеременеть. Чувствовала себя «недоженщиной».

Соседки по палате её успокаивали, говорили, что ей «повезло» (не будет боли, которая имеет место при месячных, не разовьется миома матки, не будет болезненных родов, можно будет сколько угодно заниматься сексом без риска забеременеть). «Впоследствии я неоднократно слышала подобное, ловя при этом на себе сочувствующие взгляды. Я долго утешала себя такими «плюсами», но до конца так и не смирилась с тем, что не испытаю части из этих вещей».

Мама отказалась давать ей деньги на операцию по увеличению влагалища, объяснив это тем, что в больнице её «будут считать проституткой». Она запретила рассказывать другим людям о диагнозе. Из-за этого он стал казаться девушке чем-то постыдным. Однако подругам она все рассказала, но их ответная реакция вроде «ты бедненькая» её только злила, а её парень даже обрадовался, что они наконец-то смогут заняться сексом, и она точно не забеременеет.

«Долгое время я терялась, когда при мне обсуждали месячные ... Боялась, что кто-то догадается и крикнет «Ты ненастоящая женщина!» ... Со временем я научилась выходить из таких ситуаций: много читала о менструации, старалась притворяться «нормальной». Я убедила себя, что из-за этой особенности не принадлежу миру женщин полностью. Меня бросало из крайности в крайность: от полного отрицания пресловутой «женственности» до того, чтобы утрированно её подчеркивать высокими каблуками и мини-юбками. Я не ценила себя, ввязывалась в токсичные отношения. Думаю, если бы семья поддержала меня, а не заставила бы стыдиться, всё сложилось бы иначе».

Также сообщает, что во время первых обследований собирався медицинский консилиум, приводили студентов.

«Это было ужасно, я чувствовала себя обезьянкой в зоопарке».

Однажды она нашла русскоязычный форум для женщин с таким диагнозом, и ей стало легче оттого, что она не одна. «Впечатлил пост одной женщины: ей сорок семь лет, она замужем третий раз, детей нет, живёт в своё удовольствие, путешествует и ни о чём не жалеет». Сообщает, что мечтает создать закрытую группу поддержки для женщин с такой же патологией, как и у неё, чтобы они вместе смогли найти силы не стыдиться того, что отличаются от других.

Мужчины, с которыми она встречалась и которым рассказывала о своей проблеме, реагировали спокойно. Некоторые из них даже радовались возможности заняться сексом в любой момент и без презерватива. Потом она узнала о важности барьерной контрацепции и инфекциях, передающихся половым путем. Проблем с проникающим сексом тоже не было, и она пришла к выводу, что необходимости в операции нет, так как на длину влагалища, составляющую около 7 см, «жаловались» только гинекологи. О своей патологии будущему мужу она призналась практически сразу. Он воспринял эту информацию спокойно.

Однако до конца она не смогла психологически адаптироваться к своей патологии. Так, однажды, когда её близкая подруга сообщила, что беременна, поздравила её и начала иступленно рыдать. Её разрывало от боли из-за того, что она никогда не сможет сказать мужу, что беременна, и «почувствовать жизнь внутри себя». В тот день она плакала до вечера.

Завершая свой рассказ, женщина сообщила, что сейчас ей тридцать один год, и она не знает, хочет ли детей. Считает для себя возможным либо суррогатное материнство, либо усыновление ребенка, но все еще в целом не уверена, «готова» ли она иметь детей.

У больных с агенезией или аплазией влагалища при отсутствии матки существуют генеративные проблемы. Так как яйцеклетки у них продуцируются, они могут быть использованы для экстракорпорального оплодо-

творения сперматозоидами и выношены суррогатными матерями. Для того чтобы сама женщина со сформированным влагалищем могла выносить плод, предпринимались неоднократные попытки к пересадке матки. Не останавливаясь на опытах с пересадкой матки у животных (кролик, собака, крысы), в том числе и с наступлением беременности, а также опустив случаи пересадки матки без последующего наступления беременности у женщин, приведем материалы, где пересадка матки прошла успешно, наступила беременность, а женщины родили.

Первый случай трансплантации матки от умершего донора произошел в Турции 9 августа 2011 г. Операция была проведена доктором Ömer Özkan (Омер Озкан) и доктором Munire Erman Akar (Мунире Эрман Акар). Речь шла о 21-летней больной с врожденным отсутствием матки. У пациентки возникли менструации, а через два года после операции – беременность. Во время этой беременности в первом её триместре пациентке сделали аборт после того, как её врач не смог обнаружить сердцебиение плода. Однако это часто наступающее осложнение, которое, возможно, не было связано с трансплантацией. После второй беременности, которая была инициирована экстракорпоральным оплодотворением и продолжалась 28 недель, 4 июня 2020 г. пациентка родила ребенка [33].

В Швеции в 2012 году шведскими врачами под руководством Mats Brännström (Матса Бреннстрёма) была проведена первая трансплантация матки от матери пациентки. В октябре 2014 года было объявлено, что впервые в Швеции у реципиента родился здоровый ребенок. Мальчик родился в сентябре, весил 1,8 кг (3,9 фунта). Роды были преждевременными, произошли примерно на 32-й неделе путем кесарева сечения, после того как у матери развилась преэклампсия. Шведская женщина, 36 лет, в 2013 году в ходе операции получила матку от живого 61-летнего донора. У неё были здоровые яичники, но она родилась без матки. Использовался эмбрион из лаборатории, созданный из яйцеклетки женщины и спермы её мужа, который затем был имплантирован в пересаженную матку. Она получила матку

в дар от подруги. С целью предотвратить отторжение матки применяли режим тройной иммуносупрессии с такролимусом, азатиоприном и кортикостероидами. Произошли три эпизода легкого отторжения, один из них случился во время беременности, но все они были успешно купированы лекарствами [33].

В ноябре 2017 года после трансплантации матки в США путем кесарева сечения родился первый ребенок. Донором была 36-летняя медсестра, у которой уже было двое своих детей. Первый ребенок после трансплантации матки от умершего донора родился в США в июне 2019 года [33].

Первая трансплантация матки, выполненная в Индии, состоялась 18 мая 2017 года. Речь идет о 26-летней пациентке, которая родилась без матки и получила трансплантат этого органа от своей матери. Вес ребенка при рождении путем кесарева сечения был 1,45 кг. Операция была проведена командой врачей под руководством доктора Shailesh Puntambekar (Шайлеш Пунтамбекар) [33].

Трансплантация матки начинается с операции по её извлечению у донора. Матку, возможно, придется хранить, например, для транспортировки к месту нахождения реципиента. Поскольку реципиент лечится с помощью иммуносупрессивной терапии, в конечном итоге, после деторождения, необходимо выполнить гистерэктомию, чтобы это лечение можно было прекратить. Помимо соображений стоимости, трансплантация матки связана со сложными этическими проблемами [33].

В СМИ есть информация, что в 2020 году в России (Красноярск) начнется реализации научно-исследовательского проекта по внедрению методики хирургической пересадки матки. В Федеральном Сибирском научно-клиническом центре Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России, который станет базой для эксперимента, сообщили, что в течение трех лет врачи выполнят несколько операций и составят лист ожидания пациентов. Операция будет назначаться женщинам, которые либо утратили орган из-за какого-либо заболевания, либо вследствие врожденных патологий не имели его изначально [9].

Атрезия и стриктура влагалища

Атрезия и стриктура влагалища (код N89.5 в МКБ-10) – это врожденные или приобретенные патологии, при которых происходит полное его заращение (атрезия) или сужение (стриктура) в верхней, средней или нижней трети. Атрезия влагалища может проявляться гематокольпосом (скоплением менструальной крови в вагине в связи с закрытием её просвета), гематометрой (скоплением крови в матке и нарушением её оттока), гематосальпинксом (скоплением крови в просвете маточной трубы), мукокольпосом (скоплением слизи во влагалище). При этой патологии наружные половые органы, матка (шейка и тело), трубы и яичники сформированы и функционируют нормально. Частота атрезии влагалища составляет 2-4 случая на 10000 женщин. Свищевая атрезия влагалища обусловлена наличием отверстия в его перегородке [8].

Первичная атрезия обусловлена отклонениями во внутриутробном развитии плода, например, в результате половых инфекций в материнском организме во время беременности: герпес, папилломовирусная инфекция, микоплазмоз, уреаплазмоз. Вторичная атрезия влагалища чаще всего возникает как результат механических повреждений его полости (во время тяжелых родов, при операциях), воздействия химических веществ в ходе лечения, частых воспалительных процессов. Часто причиной данной патологии являются детские инфекции (дифтерия, скарлатина, паротит и др.), осложнения которых приводят к образованию воспалительных слипаний в полости влагалища. Разрастание фиброзных тканей, позже переходящее в атрезию, происходит и вследствие несвоевременного лечения кольпитов, спринцеваний концентрированными дезрастворами, осложненных медицинских манипуляций.

При первичной форме атрезии влагалища с приходом менархе у девочки возникают регулярно повторяющиеся резкие боли внизу живота, однако наружное менструальное кровотечение не наступает. Для гематокольпоса характерны ноющие боли, а для гематометры – спастические, которые иногда сопровождаются потерей сознания [3]. При

свищевой форме наблюдаются гнойные выделения и острый живот. Развивается перитонит, который иногда приводит к летальному исходу [4].

Атрезия влагалища делает половой контакт частично или полностью невозможным из-за того, что он сопровождается острыми болевыми ощущениями. Наступление беременности при данной патологии также невозможно [8].

Для распознавания атрезии влагалища в гинекологии используется ректоабдоминальное исследование, УЗИ и МРТ малого таза. Гинеколог при осмотре на кресле может увидеть гематокольпос, в виде купола выступающий в половую щель. Ректоабдоминальное исследование позволяет обнаружить у больных с атрезией влагалища высоко расположенную, увеличенную и резко болезненную матку и трубы. Глубина влагалища и уровень атрезии определяются путем зондирования, что важно для планирования пластики влагалища. С адекватной антибактериальной терапией позволяет определиться бактериологическое и микроскопическое исследование мазка из половых путей. УЗИ позволяет выявить гематометру (пиометру) и гематосальпинкс (пиосальпинкс), а также установить их размеры и уровень локализации. При гематокольпосе малых размеров целесообразнее проведение МРТ малого таза. При атрезии влагалища иногда прибегают к диагностической лапароскопии и вагинографии (контрастной рентгенографии влагалища выше его обструкции) [5].

При атрезии влагалища осуществляется вагинопластика (хирургическое устранение сращения влагалищной трубки и восстановление её проходимости). В процессе операции через цервикальный канал производится вскрытие перегородки влагалища, опорожнение пиокольпоса (гематокольпоса) или гематометры. После освобождения влагалища от скопившейся крови и промывания антисептиками, перегородку иссекают ножницами до стенок влагалища. Края образовавшейся раны циркулярно ушивают кетгутом, что обеспечивает проходимость, емкость и форму влагалища. В сформированное влагалище устанавливают стерильный тампон с вазелиновым маслом. При скоплении крови в

фаллопиевых трубах на первом этапе операции проводится брюшностеночное чревосечение и удаление гематосальпинкса. Затем влагалищным путем производится опорожнение гематокольпоса. В послеоперационном периоде проводится антибактериальная терапия. После устранения атрезии влагалища женщине показана регулярная половая жизнь и наблюдение у гинеколога. В случае угрозы повторной атрезии влагалища периодически проводится его бужирование [5].

Профилактика первичной атрезии влагалища состоит в исключении неблагоприятных внутриутробных воздействий на эмбриогенез. Для профилактики вторичной атрезии влагалища необходимо проведение своевременного лечения кольпитов, осторожное проведение гинекологических манипуляций (в т. ч. прерывания беременности), нетравматичное ведение родов, отказ от частых спринцеваний и т. д. После перенесенных детских инфекций девочку рекомендуется показать детскому гинекологу [5].

В МКБ-10 отдельно выделен шифр N99.2 (**послеоперационные спайки влагалища**), которые могут служить препятствием к проведению полового акта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Хашукоева А. З. Пороки развития матки и влагалища. – М.: Медицина, 1998. – 327 с.
2. Алимбаева Г. Н. Тактика развития девочек и девушек с пороками развития матки и влагалища : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 1992. – 24 с.
3. Атрезия влагалища (Обзор материала провела Хампиева Л. М.). – URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31462706#pos=6;-106 (дата обращения: 25.02.2021).
4. Атрезия влагалища. – URL: <https://idoctor.kz/illness/1409-atreziya-vlagalischa> (дата обращения: 09.02.2021).
5. Атрезия влагалища. – URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/vaginal-atresia (дата обращения: 26.02.2021).

6. Беженарь В. Ф., Кузьмин А. В., Цыпурдеева А. А., Цуладзе Л. К., Андреева В. Ю. Новые возможности создания искусственного влагалища при лапароскопически ассистированной операции (первый опыт) // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Том LXI, выпуск 2. – С. 12–20.
7. Беженарь В. Б., Кузьмин А. В., Цыпурдеева А. А., Цуладзе Л. К. и др. Технология создания искусственного влагалища при лапароскопически ассистированной операции // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2012. – № 1. – С. 12–21.
8. Беляева О. А. Атрезия влагалища. Дата обновления: 14.05.2019. – URL: <https://www.medcentrservis.ru/disease/atreziya-vlagalishcha/> (дата обращения: 09.02.2021).
9. Впервые в России будет трансплантирована матка. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Vpervye-v-Rossii-budet-transplantirovana-matka.html> (дата обращения: 23.02.2021).
10. Кругляк Д. А., Буралкина Н. А., Ипатова М. В., Уварова Е. В. Синдром Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера: современные методики лечения, психологические и социальные аспекты (аналитический обзор) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2018. – 14 (3). – С. 58–73.
11. Медведев М. В. Кольпопозз (создание влагалища). 11 Августа 2017. – URL: <http://www.medvedev.ua/knowledge-base/articles/2015/colpopoesis.html> (дата обращения: 01.03.2021).
12. Плотная девственная плева. – URL: [https://aa-expert.ru/problems/plotnaya-devstvennaya-pleva/#:~:text=Гимен%20\(девственная%20плева\)%20-%20складка,от%20него%20остаются%20гименальные%20соочки](https://aa-expert.ru/problems/plotnaya-devstvennaya-pleva/#:~:text=Гимен%20(девственная%20плева)%20-%20складка,от%20него%20остаются%20гименальные%20соочки) (дата обращения: 09.02.2021).

13. Плотная девственная плева. – URL: https://www.frauklinik.ru/ginekologia_estet/plot_devst_pleva.php (дата обращения: 09.02.2021).
14. Помощь пациенткам с агенезией влагалища. – URL: <https://www.intersexrussia.org/vaginal-agenesis> (дата обращения: 18.02.2021).
15. Синдром Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера. – URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Майера_—_Рокитанского_—_Кюстера_—_Хаузера#:~:text=Синдром%20Майера%20—%20Рокитанского%20—%20Кюстера%20—%20Хаузера%20\(МРКХ\)%20является,причиной%2015%20%25%20случаев%20первичной%20аменореи](https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Майера_—_Рокитанского_—_Кюстера_—_Хаузера#:~:text=Синдром%20Майера%20—%20Рокитанского%20—%20Кюстера%20—%20Хаузера%20(МРКХ)%20является,причиной%2015%20%25%20случаев%20первичной%20аменореи) (дата обращения: 18.02.2021).
16. Синдром Рокитанского – Кюстера: Я родилась без матки. Как жизнь без матки и менструаций влияет на самоощущение. 11 февраля 2019. – URL <https://www.wonderzine.com/wonderzine/health/personal/241099-mrkh> (дата обращения: 23.02.2021).
17. Синдром Рокитанского-Кюстнера-Майера-Хаузера. – URL: <https://nova-clinic.ru/statyi/sindrom-rokitanskogo-kustnera/> (дата обращения: 27.02.2021).
18. Стрижакова М. А. Пороки развития влагалища и матки у девочек (клиническая лекция) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 3. – С. 39–44.
19. Уварова Е. В. Детская и подростковая гинекология : руководство для врачей. – М. : Литтерра, 2009. – 377 с.
20. Хирургическая дефлорация. – URL: <http://diagnost-mldc.ru/articles/89-hirurgicheskaya-defloratsiya/> (дата обращения: 09.02.2021).
21. Шаряфетдинова Ф. А. Комбинированный подход в лечении протяженной и полной аплазии влагалища : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 25 с.

22. «Я родилась без матки и вагины». 19 апреля 2016 г. – URL: https://www.bbc.com/russian/society/2016/04/160419_no_womb_no_vagina_identity (дата обращения: 14.02.2021).
23. Benedetti Panici P., Maffucci D., Ceccarelli S., Vescarelli E., Perniola G., Muzii L., Marchese C. Autologous in vitro cultured vaginal tissue for vaginoplasty in women with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: anatomic and functional results // J Minim Invasive Gynecol. – 2015. – 22 (2). – P. 205–211. DOI: 10.1016/j.jmig.2014.09.012.
24. Blackledge Catherine. The Story of V: A Natural History of Female Sexuality. – New Jersey: Rutgers University Press, 2004. – 322 p.
25. Blank Hanne. Virgin: The Untouched History. – Bloomsbury Publishing, 2007. – 304 p.
26. Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion Summary, No. 728: Mullerian agenesis: diagnosis, management, and treatment // Obstet. Gynecol. – 2018. – 131 (1). – P. 196–197.
27. Edmonds D. K., Rose G. L., Lipton M. G., Quek J. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: a review of 245 consecutive cases managed by a multidisciplinary approach with vaginal dilators // Fertil. Steril. – 2012. – 97 (3). – P. 686–690. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.12.038.
28. Edmonds D. K. Congenital malformations of the genital tract and their management // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2003 – 17. – P. 19–40.
29. Foley Sallie, Morley George W. Care and Counseling of the Patient with Vaginal Agenesis // The Female Patient. – 1992. – 17 (October). – P. 73–80.
30. Gargollo P. C., Cannon G. M. Jr., Diamond D. A., Thomas P., Burke V., Laufer M. R. Should progressive perineal dilation be considered first line therapy for vaginal agenesis? // J. Urol. –

2009. – 182 (4 Suppl) – P. 1882–1889. DOI: 10.1016/j.juro.2009.03.071
31. Müllerian agenesis. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Müllerian_agenesis (the date of the reference: 26.02.2021).
32. Raya-Rivera A. M., Esquiliano D., Fierro-Pastrana R., López-Bayghen E., Valencia P., Ordorica-Flores R., Soker S., Yoo J. J., Atala A. Tissue-engineered autologous vaginal organs in patients: a pilot cohort study // *Lancet*. – 2014. – 384 (9940). – P. 329–336. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60542-0.
33. Uterus transplantation. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Uterus_transplantation (the date of the reference: 21.04.2021).
34. Willemsen W. N., Kluivers K. B. Long-term results of vaginal construction with the use of Frank dilation and a peritoneal graft (Davydov procedure) in patients with Mayer-Rokitansky-Kuster syndrome // *Fertil. Steril*. – 2015. – 103 (1). – P. 220–227.

ГЛАВА 7

ВИРГОГАМИЯ (ДЕВСТВЕННЫЙ БРАК)

В психологической энциклопедии дается следующее определение виргогамии: «Виргогамия (лат. *virgo* – девушка, девственница, греч. *gamete* – супруга) – девственный брак, при котором супруги длительное время (месяцы и годы) не могут начать половую жизнь» [7]. Длительность девственного брака может быть различной.

А. М. Свядош [8] сообщает, что в Ленинградскую консультацию по вопросам семейной жизни по поводу виргогамии обратились свыше 500 супружеских пар. При анализе 264 пар длительность виргогамии составляла от одного года до 19 лет. Возраст супругов колебался в диапазоне от 19 до 52 лет. В основном речь шла о возрасте 20–30 лет. В 93,2% как жена, так и муж до брака не имели опыта половой жизни, а у большинства мужчин половой член был крупный, что могло создавать дополнительные затруднения при дефлорации. Автор выделил следующие три формы виргогамии.

Фобическая форма (около двух третей всех виргогамий) обусловлена навязчивым страхом дефлорации или коитуса из-за ожидаемого возникновения боли. Она возникает у боязливых девушек под влиянием рассказов пугающего содержания о том, что может случиться в первую брачную ночь или после болезненной попытки дефлорации и нередко сопровождается вагинизмом.

Игнорантная форма (17,5%) является результатом неопытности и неосведомленности супругов, их недостаточной ориентации в топографии гениталий. В этой группе у девушек часто выявлялось репрессивное сексуальное воспитание, а у мужчин – отсутствие в детском возрасте сексуальных игр со сверстниками. Супружеские пары при этой форме из-за отсутствия соответствующих знаний и навыков не знают, как совершить коитус.

Импотентная форма (21,2%) обуславливается нарушением сексуальной функции у мужа.

На основании обследования 1000 супружеских пар, находившихся в целомудренном браке (virgогамия), Маккэри выделил следующие причины их невозможности начать половую жизнь [по 6]:

- чувство боли у партнерши при попытках введения полового члена во влагалище (20,3%);
- уверенность в том, что половой акт является чем-то неприятным (18%);
- импотенция партнера (11,7%);
- маленькое влагалище (8,2%);
- игнорирование партнером анатомических особенностей строения женских половых органов (5,2%);
- негативное отношение партнерши к мужчинам (5,2%);
- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к половому члену (4,6%);
- отвращение, испытываемое женщиной к методам контрацепции, при одновременной боязни забеременеть (3,3%);
- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к партнеру (3,0%);
- потребность досадить партнеру (1,4%);
- страх перед половым членом мужа (1,2%);
- страх перед спермой (0,9%).

В данной публикации сообщается, что средняя продолжительность непорочного супружества составляет 2–4 года. В результате лечения 60% пар начинают половую жизнь в первые полгода, а 72% супругов через два года после начала лечения [6].

К. В. Суслов, В. М. Рябов [9] наблюдали два случая виргогамии, которые представляют большой интерес из-за своей продолжительности (23 года – в одном случае и 15 лет – в другом).

Нами в клинической работе неоднократно приходилось встречаться со случаями виргогамии. Вместе с тем следует отметить, что обращения за медицинской помощью в связи с этим состоянием в Украине, России и Белоруссии довольно редки. В вышеприведенных главах нами приводи-

лись случаи, когда виргогамия являлась следствием описанных в них патологий (диспареунии, вагинизма).

Интерес представляет следующее наше клиническое наблюдение [2; 3]. Больной О., 37 лет (1971 г. рожд.), инженер по технике безопасности, и его 30-летняя жена, уборщица, обратились в связи с невозможностью совершить половой акт, что обусловлено расстройством эрекции у мужа. Поэтому и **по сегодняшний день (а первый раз они поженились 10 лет назад) она остается девственницей**. До женитьбы в 1998 г. ни у пациента, ни у его жены не было никакого сексуального опыта. Они даже ни с кем из представителей другого пола не встречались и не целовались.

Желание совершить половой акт у пациента отсутствует, вернее оно есть, но носит чисто умозрительный и утилитарный характер: «Если возникло напряжение члена, то нужно чтобы разрядилась напряженность внутри него. Хочется, чтобы он встал и произошло семяизвержение». Это желание появляется только тогда, когда есть напряжение члена, а когда его нет, то оно и вовсе не возникает. При интимной близости эрекция практически отсутствует, из-за чего половой акт провести ни разу так и не удалось. Вместе с тем отмечает, что в последние полгода член «оживился», а раньше был совсем мягкий. Жена пыталась, стимулируя член языком, вызвать эрекцию у мужа, но последняя не возникала. Кроме этого, она оттягивает кожу с головки полового члена, а потом сжимает его. При этом член напрягается и наступает семяизвержение. Так один раз в неделю получалось, хотя «приходил к ней» каждую ночь. Отмечает, что когда «выходит сперма» редко испытывает удовольствие. Иногда даже не чувствует, когда наступает эякуляция. Но бывает, что чувствует приятные ощущения, которые не всегда достаточно выражены. Выраженными они были, когда заканчивал при мастурбации в период развода в тех случаях, во время которых напряжение члена было более или менее хорошим (это случилось всего 2 раза). Пациенту нравится целоваться, обниматься с женой, хочется её погладить. Один раз он попробовал пальцем стиму-

лизовать клитор жены, но ей было больно, и она не смогла закончить. Она говорила ему, что и сама пыталась это делать, но тогда ей было приятнее. Иногда, когда просыпается ночью, напряжение члена полное: «на прошлой неделе было 2 раза, а до этого случалось, может, 1 раз в 2 недели». Учащение возникновения ночных и утренних эрекций, так же как утолщение члена и его большее напряжение, связывает с употреблением сельдерея. При активном расспросе опасение/страх сексуальной неудачи и жалобы урологического профиля у пациента отсутствуют.

Женился 10 лет назад, когда ему было 27 лет, а его будущей жене 20. Так как осуществить половой акт им ни разу не удалось, то, прожив в браке 7 лет, супруги развелись. В разводе пробыли 2,5 года. В это время пациент активно лечился. Организацией лечения занималась его мать. Они живут в одном из районных центров Харьковской области. Вначале за медицинской помощью обратились в частный медицинский центр в Харькове, а затем в государственную урологическую службу Харькова. Лечился в стационаре, где у него находили различные инфекции. Для лечения, в частности, использовали антибиотики, но проводилась и другая терапия. До лечения было «жжение при мочеиспускании, истечение из члена и постоянно мокрые трусы». Эти симптомы после названного лечения нивелировались, однако половая функция не улучшилась. После первого курса лечения предложили провести второй, но улучшения в сексуальной сфере не гарантировали, что и послужило причиной отказа от него. Потом поехал в Полтаву, где обратился за лечебной помощью к андрологу, который диагностировал у него простатит. Провели соответствующий курс лечения. Сексуальных отношений в этот период не было. После проведенного лечения врач сказал пациенту, что для того чтобы выяснить, здоров он или нет в сексуальном отношении, ему следует обязательно попытаться совершить половой контакт с женщиной. Затем мама посоветовала ему принимать сельдерей, который растирали вместе с морковкой. По мнению пациента, такое лечение сделало половой член более напряженным. Через время повторно поехал в Пол-

таву для получения консультации к тому же андрологу. После пальпации простаты врач заявил, что она у него как у 18-летнего, и повторно посоветовал ему попытаться провести половой акт с женщиной. Когда был разведен, также лечился в санатории «Полтава» в Саках. Перед тем, как второй раз решил жениться на той же женщине, принес ей справку от врача, которая свидетельствовала, что он здоров. Это было мнение лечившего его андролога и курировавшего его врача санатория в Саках. Повторно поженились 3 месяца назад.

Сексуальное развитие пациента. Интерес к лицам противоположного пола (*платоническое / романтическое либидо*) **пробудился в 7 лет**. Нравилась девочка в классе, даже домой к ней ходил, но не целовались. **Эротическое либидо** пробудилось в 27 лет перед женитьбой. До этого присматривался к девушкам («где же моя половинка»), но желания обнять, поцеловать не было. Когда увидел свою будущую жену и познакомился с ней, то решил, что она «его половинка». До женитьбы 2 года с ней встречались, и не было желания ни обнять её, ни поцеловать. Познакомился с ней в церкви адвентистов седьмого дня. При анализе сексуального развития пациента сформировавшееся у меня ранее мнение, что у него еще не развилось **сексуальное либидо**, подтвердилось.

Мастурбация имела место только после женитьбы, когда поехал в санаторий лечиться грязями. После мастурбации всегда наступало раскаяние, так как онанизм, по мнению пациента, – грех. При этом он ссылается на Библию (он и его жена – члены Церкви адвентистов седьмого дня).

Эротические сновидения. Однажды, когда ему было 25 лет, приснился сон, что обнимает соседку, с которой дружил. Больше таких снов не помнит. После женитьбы помолился и попросил, чтобы ему приснилась жена, и она ему приснилась. Тогда ему было 30 лет. Это было всего 1 раз. Приснилось, что она «открыла ему член» (оголила головку, оттянув кожу), и ему стало приятно. Сейчас во время интимной близости супруга делает то же самое, и у него иногда наступает семяизвержение.

Общие анамнестические данные. Роды О. у его матери протекали без затруднений (не были длительными и щипцовыми). В школе учился на отлично и хорошо. Второй, четвертый и восьмой класс закончил с похвальными грамотами, так как занимался на отлично. В других классах занимался на 4 и 5 баллов. Техникум механизации сельского хозяйства окончил с красным дипломом. После этого поступил сразу на 3 курс института, где занимался на 4 и 5 баллов.

Физически в детстве развивался нормально, от сверстников не отставал. На уроках физкультуры все получалось хорошо. В детстве было воспаление легких, в подростковом возрасте дискинезия желчных путей, гастрит. Гастритом болеет и сейчас. В 2000–2001 гг. болел закрытой формой туберкулеза. В 1996 г. после операции по поводу полипа прямой кишки имеет место вегетативная дистония. Операцию делали под общим наркозом. После операции стало болеть сердце. Сейчас также периодически возникают ноющие или колющие боли в области сердца, иногда имеют место «сбои» в его работе (сердцебиение и аритмия): «чувствую, что оно дергается, было учащенное сердцебиение и даже бывало такое, что не мог из-за этого уснуть». Раз в три года лечился в кардиологическом стационаре с диагнозом вегетососудистой дистонии. Отмечает, что боли в области сердца снимает валидол (острую колющую), а также валокордин и барбовал (ноющую). Боль в сердце возникает, когда понервничает и когда не выспится. На ЭКГ фиксируют аритмию. Утром вялый («встаю с трудом»). Обычно ночью просыпается в 2 часа, а потом вновь засыпает. Второй раз просыпается в половине четвертого или в половине пятого утра. Будильник заводит на половину пятого, так как в 6 часов утра отъезжает автобус на работу. Ложится спать в 10 часов вечера или в половине одиннадцатого. Такая продолжительность ночного сна для него недостаточна, после него он вялый, сонный. Бывает, что когда на работе заполняет какие-либо документы, то у него «не хватает силы писать и я засыпаю. Просто отключаюсь на 15 мин или на полчаса». Если ложится спать не позже 9 часов вечера, то

на следующий день чувствует себя нормально. Не курит, алкогольные напитки и наркотики не употребляет.

Объективно: рост – 178 см, масса тела – 64 кг, АД – 120/70-80 мм. рт. ст. Оволосение на лобке по мужскому типу, волосы от лобка «поднимаются» вверх к пупку не дорожкой, а очень широким фронтом. Затем от пупка они «идут» к грудной клетке. В нижней части грудной клетки оволосение хорошо выражено. На ногах очень выраженное оволосение. На спине и шее волосы отсутствуют. Пропорции тела мужские. Член (головка легко открывается) и яички нормальных размеров, член в незергированном состоянии – 8 см. Мошонка нормальной складчатости и пигментации. Придатки не увеличены, не уплотнены, б/болезненны.

Допплерография полового члена. Приток к а. dorsalis penis не изменен. В пещеристых телах дистальные сегменты а. dorsalis penis визуализированы, проходимы, её просвет и стенка в пределах физиологической нормы. Допплерографически во всех сегментах четкий магистральный кровоток. Вены пениса не расширены, эластичны. Допплерографически во всех сегментах лоцируется фазный кровоток. Клапанной недостаточности при пробе Вальсальвы не выявлено.

Гормональные исследования крови. ФСГ почти соответствует норме, ЛГ в пределах нормы, содержание эстрадиола повышено, содержание пролактина снижено, тестостерон в пределах нормы.

Беседа с женой. Окончила 9 классов школы и 2 года училась на швею в ПТУ. Работает уборщицей. **Впервые испытала оргазм в 15 лет** во время ночного сна. В детстве практически не мастурбировала, так как «мать била по рукам, когда я туда лезла». Мастурбировать начала с 21 года (после замужества), так как у них с мужем не получалось, но при стимуляции клитора оргазм не наступал. При мастурбации влагалище не увлажнялось, и возникала боль. В 28-29 лет для увлажнения начала использовать детский крем, но все равно «не кончала», так как быстро уставала. В 30 лет при мастурбации один раз возник оргазм. Хотела приобщить к стимуляции клитора мужа, он делал это пару

раз, но грубо («как-то ногтями попадал»). Оральный секс не практикуют. С 16 лет при закрытых глазах имели место романтические фантазии, которые переходили в эротические и сексуальные. Это фантазирование было с 16 до 20 лет, а также когда находилась в разводе. С 15 лет снятся эротические сны: ласки и поцелуи, иногда половой акт (в трех из пяти наступает оргазм). Сейчас такие сны тоже снятся. С самого начала они снились 1 раз в 2 месяца, а когда вышла замуж 1 раз в месяц. Снятся молодые, красивые, стройные мужчины, которые являются «выдуманной персонажами». Муж не снится. С детства настороженно относилась к мальчикам, потому что они дразнили её из-за её полноты. В 15 лет влюбилась в мальчика, но не целовались и не обнимались с ним. При активном расспросе возраст пробуждения **платонического либидо** – 10 лет, а **эротического** – 15. До мужа ни с кем не целовалась. Познакомилась с будущим супругом в 18 лет в церкви. Сначала он ей нравился, а она ему нет. Потом она ему тоже понравилась. Когда они вынужденно разошлись с мужем из-за его расстройства, она за ним скучала, хотя сама была инициатором развода. До женитьбы относилась к будущему мужу как к мужчине, а потом, из-за того что у него не получалось, стала относиться к нему как к брату и другу. Сейчас относится к нему так же. Когда после проведенного в период развода лечения супруг сказал, что уже выздоровел, то они поженились повторно. Однако он опять оказался сексуально несостоятельным. Есть один мужчина, который ей нравится. Это их пастор, ему 55 лет. Он не женат. Никаких сексуальных отношений между ними не было. Следует отметить, что до брака именно она проявляла активность в установлении отношений со своим будущим мужем (была их инициатором).

Пациенту было назначено: аевит, пентоксифиллин, силденафил по 50 мг за 1 час до планируемого полового акта. От назначения локальной декомпрессии (ЛД) полового члена отказались, так как ему ранее проводили такое лечение, но после этого у него головка стала нечувствительной. Через некоторое время чувствительность нормализовалась. Рекомендовано раньше ложиться спать.

Во время следующего посещения пациент сообщил, что силденафил вызвал головную боль. Отмечает, что «член немного стоял. Стоял, стоял, а потом опускался, а через время опять поднимался». Член мог вставить только частично. Никакого удовольствия не получил и «не кончил». Сильно болела голова, покраснело лицо, лоб был горячий. «В этот раз напряжение было лучше, чем раньше. Раз семь пробовали». Я объяснил пациенту, что это побочное действие силденафила («в голове сосуды расширяются так же, как и в члене, и поэтому она болела»). Жена пациента рассказала, что в последний раз он «порвал» ей девственную плеву, но не знает до какой степени. Была проведена коррекция в назначениях. Силденафил был заменен на варденафил. Также к лечению был добавлен экстракт элеутерококка, андриол (в малых дозах) и рекомендовано использование метода «гинекологическое положение», с которым мы ознакомили супружескую пару.

Через 5 дней позвонил пациент и сообщил, что принял 10 мг варденафила. Головной боли не было, была заложенность носа, он покапал что-то от этого в нос, и ему удалось провести половой акт при хорошей эрекции. Андриол он не нашел, и я порекомендовал заменить его на провирон, который он потом так и не начал принимать.

Через месяц пациент позвонил нам повторно, поздравил с Новым годом и поблагодарил от себя и жены за полученные результаты. Рассказал, что уже после приема 1 таблетки варденафила эрекция нормализовалась, но он продолжал принимать пентоксифиллин и аевит. Также отметил, что у него усиливается сексуальный интерес к жене, т. е. отмечает появление у себя «сексуального тепла».

Обобщая вышеприведенные сведения, следует отметить, что в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной расстройством эрекции у мужа. Клинический анализ состояния его сексуальной сферы свидетельствует о том, что речь идет о выраженной ретардации сексуального развития и обусловленной ею выраженной конституциональной сексуальной дефицитарности, проявляющейся отсутствием на момент обращения (в 37 лет) сексуального ком-

понента либидо, расстройством эрекции и ослабленным или отсутствующим оргазмом. Предрасполагающим фактором для виргогамии явилось полное отсутствие добрачного сексуального опыта у обоих супругов. Обращает на себя внимание хорошо выраженное оволосение у пациента, которое входит в противоречие с имеющимися место параметрами его психосексуального развития. Гораздо проще было бы оценивать его состояние, если бы речь шла об оволосении, которое бы укладывалось в параметры слабой половой конституции по шкале её векторного определения. Однако облигатного параллелизма, как известно, в этом плане не существует. Не следует забывать о том, что конечный результат влияния любых гормонов, в том числе и половых, на организм человека и его поведение определяется не только их количеством в крови, но также метаболизмом гормонов и чувствительностью к ним органов-мишеней. Так, мы наблюдали одного пациента, у которого правая половина лобка была полностью покрыта волосами, в то время как они покрывали лишь половину лобка слева. У пациента же, о котором речь идет в данном случае, по всей видимости, имело и имеет место снижение чувствительности к половым гормонам церебральных структур, участвующих в формировании либидо. Адекватное лечение, назначенное пациенту, обеспечило возможность совершения полового акта. С большой долей вероятности можно предположить, что при половой жизни у него разовьется сексуальный компонент либидо, что уже начало происходить.

Препятствия проведению полового акта мужчиной могут возникать и в случаях, когда эякуляция наступает еще до введения полового члена во влагалище.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильченко Г. С. Половая конституция // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 216–233.
2. Кочарян Г. С. Виргогамия (девственный брак): причины, клинические наблюдения, опыт коррекции // Психологическое консультирование и психотерапия. – 2015. – Том 2., № 1–2. – С. 58–66.
3. Кочарян Г. С. Оргазм, его расстройства и их преодоление. – Харьков: «ДИСА ПЛЮС», 2018. – 395 с.
4. Кочарян Г. С. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 422–423.
5. Кочарян Г. С. Современная сексология. К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
6. Непорочное супружество (виргогамия). – URL: <http://meddovidka.ua/content/view/637/681/> (дата обращения: 17.05.2015).
7. Психологическая энциклопедия. – URL: http://enc-dic.com/enc_psy/Virgogamija-3477.html (дата обращения: 19.05.2015).
8. Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
9. Суслов К. В., Рябов В. М. Виргогамный брак и сексуальная активность – URL: http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/25/2/161 (дата обращения: 15.05.2015).
10. Imieliński K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych // Sexuologia kliniczna / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielińskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
Глава 1. Сексуальная аверсия	6
Глава 2. Диспареуния	52
Глава 3. Вагинизм: частота, определения, диагностические критерии, формирование	102
Глава 4. Вагинизм: степени выраженности, клинические формы, семейное родительское окружение, характеристика пациенток и их сексу- альных партнеров, реакции на патологию, данные параклинических исследований	138
Глава 5. Лечение вагинизма	159
Глава 6. Анатомические препятствия к проведению полового акта	209
Глава 7. Виргогамия (девственный брак)	238

У книзі глибоко і всебічно наведена проблема сексуальних розладів та патологічних анатомічних особливостей, що перешкоджають проведенню статевого акту. Мова йде про сексуальну аверсію, вагінізм, диспареунію (геніталгіях, що мають відношення до коїтальної активності), а також анатомічні завади до здійснення статевого акту (щільна дівоча пліва, відсутність або звуження піхви і ін.). Розглянуто формування, клінічні прояви та варіанти цих патологій, а також представлені методи їх терапії (психотерапія, біологічне лікування). Крім цього, наведені дані про незайманий шлюб (віргогамію), котрий може бути результатом охарактеризованих розладів; причини його виникнення і його клінічні варіанти. На сьогоднішній день це перша книга на пострадянському просторі, яка спеціально присвячена даній проблемі.

Для клінічних сексологів, психотерапевтів, психіатрів, гінекологів, клінічних психологів; викладачів і студентів вищих навчальних закладів і курсів, де проводиться підготовка названих фахівців; освічених людей, які цікавляться питаннями сучасної сексології.

Н а у к о в е в и д а н н я

Кочарян Гарнік Суренович

**СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ ТА АНАТОМІЧНІ
ПРОБЛЕМИ, ЩО ПЕРЕШКОДЖАЮТЬ
ПРОВЕДЕННЮ СТАТЕВОГО АКТУ**

Російською мовою

Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Arial, Times New Roman.
Ум. друк. арк. 14,53. Наклад 500 прим. Заказ № 0507/7-21.

Видавництво ТОВ «ДІСА ПЛЮС»

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: серія ДК № 4047 від 15.04.2011 р.
61029, м. Харків, шосе Салтівське, буд. 154. Тел. (057) 768-03-15,
e-mail:disadruk@gmail.com

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Петров В. В.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 2400000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, вул. Гв.Широнінців, 79в, к. 137, тел. (057) 78-17-137.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

КОЧАРЯН Гарник Суренович – доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естествознания (РАЕ), действительный член European Academy of Natural History, заслуженный деятель науки и образования (РАЕ), профессор кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, почетный президент Ассоциации сексологов и сексотерапевтов Украины, член Ассоциации сексологов и андрологов Украины, Российского научного сексологического общества, Профессионального объединения врачей сексологов.

В 1974 г. с отличием окончил лечебный факультет Харьковского медицинского института (ныне Харьковский национальный медицинский университет). В 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию по психоневрологическим аспектам сексопатологии, а в 1992 г. – докторскую диссертацию «Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия)» в НИИ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (ныне Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии [г. Москва, Россия]).

С 1984 г. по 1987 г. преподавал на кафедре психотерапии Украинского института усовершенствования врачей (современное название «Харьковская медицинская академия последипломного образования» [ХМАПО]). В настоящее время работает профессором кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации ХМАПО, сотрудником которой является с 1987 г. Является заместителем председателя специализированного ученого совета ХМАПО по защите кандидатских и докторских диссертаций по специальности «Медицинская психология» (для врачей и психологов) и членом редакционных коллегий ряда научно-практических журналов.

Проводит большую лечебную и консультативную работу (сексуальные нарушения, пограничные психические расстройства). В своей практической деятельности использует различные методы психотерапии и биологического лечения.

КОЧАРЯН ГАРНИК СУРЕНОВИЧ

клинический сексолог и психотерапевт, доктор мед. наук, профессор, академик Российской академии естествознания, профессор кафедры сексологии, мед. психологии, мед. и психол. реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования

Оказывает следующие виды помощи:

- 1.** Лечение невротических (различные страхи, повышенная раздражительность и вспыльчивость, расстройства сна и т. д.) и соматоформных расстройств (в частности, психогенных нарушений в работе внутренних органов при отсутствии их органического поражения), а также других непсихотических расстройств психики.
- 2.** Лечение сексуальных расстройств у мужчин:
 - 1) ослабление полового влечения;
 - 2) ослабление или отсутствие эрекции (напряжения полового члена);
 - 3) преждевременная или задержанная эякуляция (семяизвержение) и ее отсутствие;
 - 4) боязнь сексуальной неудачи;
 - 5) расстройства сексуального предпочтения (нарушения сексуальной ориентации/парафилии/перверсии/сексуальные извращения).
- 3.** Лечение сексуальных расстройств у женщин:
 - 1) ослабление полового влечения и его болезненное усиление (нимфомания);
 - 2) отсутствие оргазма;
 - 3) психогенные диспареунии / гениталгии (боли в половых органах, сопряженные с интимной близостью);
 - 4) психогенный вагинизм (спазм мышц влагалища при попытке совершить половой акт);
 - 5) сексуальная аверсия (отвращение к интимной близости);
 - 6) расстройства сексуального предпочтения (нарушения сексуальной ориентации/парафилии/перверсии/сексуальные извращения).
 - 7) неблагоприятные последствия (психические и сексуальные) изнасилования.
- 4.** Гармонизация отношений в супружеской/сексуальной паре.
- 5.** Помощь при стрессе, обусловленном разрывом отношений с любимым/близким человеком или его смертью, устранение нежелательного (ставшего тягостным) влечения к определенному лицу (нивелирование зависимости от него).

Используемые методы лечения:

- 1)** фармакотерапия (медикаментозное лечение) и другие методы биологической терапии;
- 2)** психотерапевтические: гипносуггестивная терапия (гипносуггестивное программирование, моделирование в гипнотическом состоянии, гипнокатарсис, регрессивный гипноз), нейролингвистическое программирование, поведенческая и когнитивно-поведенческая терапия, когнитивно-ориентированные методы психотерапии, аутогенная тренировка и др.

Электронная почта: kochargs@rambler.ru

Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46.