

ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬ У ЖЕНЩИНЫ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приводится история болезни, где гиперсексуальность можно было концептуализировать как проявление *persistent genital arousal disorder* / *restless genital syndrome*) [PGAD / ReGS]. Больная Ш., 75 лет, которая обратилась к нам за лечебной помощью 16.04.2015 г., предъявила жалобы на ощущение «полового влечения в области лобка», жжение в ногах (по внутренней поверхности бедер), в лобке и на животе выше лобка на небольшой площади. «Мне нужна близость, но головой понимаю, что мне это не надо». Жжение и сексуальное желание бывают не всегда. Появление желания совпадает с возникновением жжения. Вначале появляется жжение, а потом желание, или наоборот. Жжение и желание могут начаться с утра и беспокоят в течение всего дня, но когда чем-то занята, то переключается и забывает об этом. Появлению расстройства предшествовала смерть старшего брата, который в свое время практически заменил ей отца. Он всегда помогал ей и морально, и материально. Для нее он был весьма значимой личностью, она его очень любила. Поэтому его смерть, которая случилась в начале декабря 2013 г., она очень тяжело переживала. Расстройство, по поводу которого пациентка обратилась ко мне, возникло 14 февраля 2014 г. Ночью проснулась, ее сильно трясло, почувствовала сильное половое влечение и сильное жжение внизу живота над лобком и на внутренней стороне бедер. Не могла спать. Возникшее ночью возбуждение не отпускало ее до утра и сохранялось на следующий день, но потом начало ослабевать. Лечилась у различных врачей. Хотя было достигнуто некоторое ослабление симптоматики, но избавиться от развившегося у нее расстройства она не смогла. В результате проведенного анализа мы предположили его цереброваскулярный генез, отразившийся на функционировании головного мозга. В качестве весомого способствующего фактора рассматривали длительный дистресс, обусловленный выраженной психотравмой (смерть чрезвычайно значимого для пациентки человека). Проведенное нами лечение (гипносуггестивная терапия, соннапакс, гиказепам, орошение лобка 10% аэрозолем лидокаина), главным компонентом которой был гипноз (проведено 10 его сеансов), привело к полному исчезновению симптоматики. Опрос, проведенный спустя 5 лет после окончания лечения, свидетельствовал о стойкости и длительности полученных результатов. Приведенный клинический случай не является очень

ярким, однако это в значительной степени можно объяснить возрастом пациентки, что исключало возможность появления ряда феноменов, характерных для PGAD / ReGS.

Ключевые слова: гиперсексуальность, женщина, гипноуггестивная терапия, биологическая терапия.

Гіперсексуальність у жінки: випадок із клінічної практики

Г. С. Кочарян

Наводиться історія хвороби, де гіперсексуальність можна було концептуалізувати як прояв розладу в формі постійного генітального збудження (persistent genital arousal disorder) / синдрому роздратованих статевих органів (restless genital syndrome) [PGAD / ReGS]. Хвора Ш., 75 років, яка звернулася до нас за лікувальною допомогою 16.04.2015 р., пред'явила скарги на відчуття «статевого потягу в області лобка», печіння в ногах (по внутрішній поверхні стегон), в лобку і на животі вище лобка на невеликій площі. «Мені потрібна близькість, але головою розумію, що мені це не треба». Печіння і сексуальне бажання бувають не завжди. Поява бажання збігається з виникненням печіння. Спочатку з'являється печіння, а потім бажання, або навпаки. Печіння і бажання можуть початися з ранку і турбують протягом всього дня, але коли чимось зайнята, то перемикається і забуває про це. Появі розладу передувала смерть старшого брата, який свого часу практично замінив їй батька. Він завжди допомагав їй і морально, і матеріально. Для неї він був дуже значущою особистістю, вона його дуже любила. Тому його смерть, яка трапилася на початку грудня 2013 року, вона дуже важко переживала. Розлад, з приводу якого пацієнтка звернулася до мене, виник 14 лютого 2014 р. Вночі прокинулася, її сильно трясло, відчула сильний сексуальний потяг і сильне печіння внизу живота над лобком та на внутрішній стороні стегон. Не могла спати. Збудження, що виникло вночі, не відпускало її до ранку і зберігалось на наступний день, але потім почало слабшати. Лікувалася у різних лікарів. Хоча було досягнуто деяке ослаблення симптоматики, але позбутися від розладу, який розвинувся у неї, вона не змогла. В результаті проведеного аналізу ми припустили його цереброваскулярний генез, що відбилося на функціонуванні головного мозку. В якості вагомого сприяючого фактора розглядали тривалий дистрес, обумовлений вираженою психотравмою (смерть надзвичайно значущою для пацієнтки людини). Проведене нами лікування (гіпноуггестивна терапія, соннапакс, гідазепам, зрошення лобка 10% аерозолем лідокаїну), головним компонентом якої був гіпноз (проведено 10 його сеансів), призвело до повного зникнення симптоматики. Опитування, проведене через 5 років після закінчення лікування, свідчить про стійкість і тривалість отриманих результатів. Наведений клінічний випадок не є дуже яскравим, проте це в значній мірі можна пояснити віком пацієнтки, що виключало можливість появи низки феноменів, характерних для PGAD / ReGS.

Ключові слова: гіперсексуальність, клінічне спостереження, жінка, гіпноз, біологічна терапія.

Hypersexuality in a woman: a case from clinical practice

G. S. Kocharyan

A case history is presented, where hypersexuality could be conceptualized as a manifestation of persistent genital arousal disorder / restless genital syndrome [PGAD/ReGS]. Female patient Sh., 75, who sought our medical advice on April 16, 2015, presented complaints about a feeling of a “sexual drive in my pubic region”, burning in her legs (along the inner surface of her thighs), in her pubis and on her abdomen over the pubis in a small area. “I need intimacy, but I understand with my head that it is not necessary for me”. The above burning and sexual desire were felt, but not always. The appearance of the desire coincided with the appearance of the burning. At first, the burning developed and was followed by the desire, or on the contrary. The burning and desire could begin in the morning and trouble her all day long, but when she was engaged into some activity, she changed over and forgot about it. The appearance of the disorder was preceded with the death of her elder brother, who some time before was actually a substitute for her father. He always supported her both morally and financially. He was a rather valued personality for her, she loved him very much. Therefore she took his death, which happened in the beginning of December in 2013, very hard. The disorder, concerning which the patient consulted me, appeared on February 14, 2014. She woke up in the night because of her heavy jittering, she felt a terrible sexual drive and a bad burning in her lower abdomen over the pubis and on the inner *surface of* her thighs. She could not sleep any more. The arousal, which appeared in the night, did not leave her till the morning and remained during the whole day, but then became weakening. She was treated by different medical specialists. Though some weakening of her symptoms was achieved, she failed to get rid of the disorder, which developed in her. As a result of our analysis we supposed its cerebrovascular genesis, which impacted on functions of the brain. As a weighty contributing factor we regarded her long-term distress caused by a manifested psychological trauma (the death of the person who was extremely significant for the patient). Our treatment (hypnosuggestive therapy, Sonapax, Hydazepam, irrigation of the pubis with 10% Lidocaine aerosol), where hypnosis was the main component (its 10 sessions were performed), resulted in complete disappearance of the symptoms. The interview performed 5 years after the end of the treatment demonstrated persistence and duration of the obtained results. The presented clinical case is not very bright, but this fact can be explained to a great extent by the patient’s age that excluded appearance of a number of phenomena typical for PGAD/ReGS.

Key words: *hypersexuality, woman, hypnosuggestive therapy, biological therapy.*

В настоящее время существует 4 концептуализации патологической гиперсексуальности. Так, ее рассматривают как тип обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР); сексуальную зависимость (сексуальную аддикцию; СА); расстройство импульсивности (a disorder of impulsivity); расстройство в форме постоянного генитального возбуждения (persistent genital arousal disorder [PGAD]) / синдром раздраженных половых органов (restless genital syndrome [ReGS]) [2-3; 5-9].

Хотя каждая из концептуализаций (моделей) гиперсексуальности в определенных случаях лучше, чем другие, объясняет ее развитие и клинические проявления, в последнюю Международную классификацию болезней 11 пересмотра (МКБ-11) был введен только код 6C92 «Compulsive sexual behaviour disorder» (CSBD) («Компульсивное расстройство сексуального поведения»; КРСП), которое характеризуется постоянной неспособностью контролировать интенсивные, повторяющиеся сексуальные импульсы или побуждения, приводящие к повторяющемуся сексуальному поведению. Его симптомы могут включать повторяющиеся сексуальные действия, становящиеся главным центром жизни человека, вплоть до пренебрежения здоровьем и заботой о себе или другими интересами, действиями и обязанностями. Сообщается, что для этого расстройства также характерны многочисленные неудачные попытки значительно уредить повторяющееся сексуальное поведение, несмотря на неблагоприятные его последствия или небольшое или полное отсутствие удовлетворения от него. Отмечается, что паттерн неспособности контролировать интенсивные сексуальные побуждения и, как следствие, повторяющееся сексуальное поведение проявляется в течение длительного периода времени (например, 6 месяцев или более) и вызывает заметный дистресс или значительные нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной сферах или других важных областях функционирования [10].

Для лечения гиперсексуальности используется как биологическое лечение [1; 2], так и психотерапия [2; 4], в частности, гипносуггестивная терапия. Приведем историю болезни из нашей клинической практики, где существующую патологию можно концептуализировать как проявление PGAD/ReGS. Главным в лечении в данном случае, которое оказалось эффективным, была гипносуггестивная терапия.

Больная Ш., 75 лет, имеет высшее гуманитарное образование, пенсионерка, в настоящее время не работает. Обратилась за помощью 16.04.2015 г. У нее один сын, проживающий в России, у которого двое детей. Около 14 лет живет с мужчиной, который на 4 года старше ее. Состоит с ним в «гражданском браке». Этот мужчина закончил военную академию, имеет звание полковника (такое же звание имел ее муж), сейчас он неработающий пенсионер. Проживает с ним в ее двухкомнатной квартире.

Жалобы и анамнез. Предъявляет жалобы на ощущение «полового влечения в области лобка», жжение в ногах (по внутренней поверхности бедер), в лобке и на животе выше лобка на небольшой площади. «Мне нужна близость, но головой понимаю, что мне это не надо»). Жжение и сексуальное желание бывают не всегда. Появление желания совпадает с возникновением жжения. Вначале появляется жжение, а потом желание, или наоборот. Нагрубания половых органов и грудных желез при этом нет, но раньше, когда выраженность расстройства была больше, имело место нагрубание сосков грудных желез. Сейчас половое влечение выражено меньше, чем раньше. При возбуждении увлажнение влагалища не происходит. Жжение и желание могут начаться с утра и беспокоят в течение всего дня, но когда чем-то занята, «то переключаюсь и об этом забываю».

Много лет назад в санатории врач обучил ее аутогенной тренировке (научил расслабляться). Для того, чтобы избавиться от беспокоящих ее симптомов, она расслабляется и они проходят. «Когда я лежу или сижу, они меня беспокоят в гораздо меньшей степени. Если я лягу или сяду, то симптомы сразу уменьшаются. Сейчас, если я чем-то занята, то об этом

вообще не думаю». До начала лечения в декабре 2015 г. это вообще не помогало. Пациентка также сообщает следующее: «Вот я встаю утром, и этот мужчина спит на другой кровати в трусах. Меня это волнует, но я его не хочу, потому что для того, чтобы заниматься с мужчиной сексом, его нужно любить или чтобы он «обволакивал» женщину». Просит своего гражданского мужа, чтобы он не ходил перед ней полуобнаженным (в трусах).

С 58 до 60 лет жила с ним половой жизнью. Потом ему сделали операцию на простате в связи с ее аденомой, после чего интимные отношения на некоторое время прекратились. «После их возобновления, из-за плохого напряжения полового члена и других сексуальных нарушений у моего гражданского мужа, оргазм при половых актах у меня при интимной близости не наступал, была раздражительной, вспыльчивой, чувствовала тяжесть внизу живота. Помучавшись так в течение 2 лет, я настояла на том, чтобы наши сексуальные отношения были прекращены». Более того, пациентка сказала своему гражданскому мужу, что если он не согласится с ее требованием, то тогда они вынуждены будут расстаться. В общем, качество их интимных отношений пациентка характеризует выражением «назовем это половой жизнью», так как ни в какое сравнение с сексуальными контактами с умершим мужем, за которого вышла замуж в 18 лет, они не шли («и анатомия другая, и отношения другие»). Сейчас они с гражданским мужем живут как брат и сестра. За всю жизнь у нее было 2 мужчины: ее погибший муж и муж гражданский.

Несексуальные стимулы у нее желания не вызывают. Езда в автомобиле или на поезде, вибрация от мобильных телефонов или посещение туалета не приводят к усилению симптоматики. Спонтанных оргазмов и предоргазменных состояний у нее нет. Имеющиеся симптомы воспринимает как неуместные, навязчивые и нежелательные.

Не мастурбирует и не приемлет мастурбацию. «Я этого делать не буду, мне это не надо, мне нужно убрать эти симптомы. Я думаю, что даже если

получу оргазм, мне это не поможет». Последний оргазм был при эротическом сновидении спустя 5 лет после смерти мужа (в 53 года).

С мужем отношения были «прекрасные», а половая жизнь «отличная». Когда ей было 48 лет, ее муж и 20-летний сын погибли в автомобильной аварии (разбились на собственной машине). Тогда сразу прекратились месячные. 10 лет жила без мужчины, так как «не могла мужа предать». Потом ее «свели» с мужчиной, с которым сейчас они живут вместе.

Появлению расстройства предшествовала смерть старшего брата, который практически заменил ей отца, погибшего во время Великой Отечественной войны. Он всегда, когда это было необходимо, помогал ей и морально и материально. Для нее он был весьма значимой личностью, она его очень любила. Поэтому его смерть, которая случилась в начале декабря 2013 г., она очень тяжело переживала. В связи с этим к ней многократно приезжала скорая помощь.

Перед тем, как возникли симптомы, о которых идет речь, не падала, и никаких повреждений позвоночника не было.

Расстройство, по поводу которого пациентка обратилась ко мне, возникло 14 февраля 2014 г. «Ночью я просыпаюсь, потому что меня очень сильно трясет, я почувствовала жуткое сексуальное влечение и сильное жжение внизу живота над лобком и на внутренней стороне бедер». И я уже не могла спать, сидела до утра, закутавшись пледом». Тогда в голове даже не было мысли предложить мужчине, с которым жила, совершить половой акт. «Но он бы ничего и не смог. В тот момент мне нужен был мужчина, но его не оказалось рядом». Возникшее ночью возбуждение не отпускало ее до утра и сохранялось на следующий день, но потом начало ослабевать. «18 февраля я обратилась в частный гинекологический кабинет. После обследования доктор прописал мне омнадрен-250 или сустанон-250, метилтестотерон [обратите внимание на полную неадекватность назначения в данном случае мужских половых гормонов], фиторовые свечи с облепихой. Принимая все эти препараты, я не ощутила облегчения. Тогда мне пришлось обратиться к

врачу-урологу, кандидату медицинских наук. После УЗИ мочевого пузыря (диагностировали небольшое воспаление в его шейке) врач прописал мне промывать мочевой пузырь гидрокортизоном в сочетании с диоксидином, свечи с гравудином во влагалище. Выполняла все назначения врачей, однако облегчения не почувствовала, сексуальное влечение и жжение над лобком и на внутренней поверхности бедер не уменьшилось. Я стала нервной, раздражительной». Затем лечилась у профессора гинеколога. В борьбе за здоровье мой путь привел меня к профессору-гинекологу. Доктор отнеслась ко мне с пониманием и уделила мне много внимания. После очередного обследования мне были назначены климактерин, депривокс, бромкамфора, персен, гипотиазид, курага, изюм, красавка, зверобой, солодка. Но этот курс лечения мне также не помог. Находясь в отчаянии, я продолжала искать помощь. 4 апреля пошла на прием в медицинское учреждение к другому профессору-гинекологу. Находилась на лечении по 3 августа 2014 года. Принимала клеверол, афобазол, климактерин, депривокс. Также был назначен гормон фемостон, который вызвал у меня кровотечение. И я снова оказалась в процессе поиска. За время лечения прошла МРТ головного мозга, рентгенографию позвоночника, компьютерную томографию мочевыделительной системы, УЗИ щитовидной железы, органов малого таза и внутренних органов; постоянно сдавала анализы крови, в том числе на содержание различных гормонов. Все гинекологи, которые меня обследовали, какой-либо патологии не обнаружили». В декабре 2014 года пациентка находилась на лечении в одном из кардиологических центров города. Рассказала о своей проблеме лечащему врачу, которая посоветовала ей принимать буспирон (анксиолитик), который она употребляла в течение четырех месяцев, и финлепсин (противоэпилептическое средство). Затем обратилась к невропатологу, который назначил ей лирику (препарат, обладающий противоэпилептической и противосудорожной активностью), а потом неогамбин (украинский аналог лирики). Затем другой невропатолог назначил ей церебролизин (оказывает ноотропное, нейрометаболическое

действие), цераксон интравазально (ноотропное средство) и лизин (незаменимая аминокислота), а затем цераксон в саше, который она принимает до настоящего времени. Улучшение в ее состоянии начало отмечаться с декабря 2014 г., то есть после того, как начала принимать названные лекарства в кардиологическом отделении. После всего этого многоэтапного лечения симптоматика уменьшилась, но не ушла. Попрежнему постоянно беспокоило возникающее нежелательное и мучительное сексуальное желание, а также жжение в надлобковой области и на внутренней поверхности бедер. Не получив ожидаемых результатов, пациентка приняла решение обратиться к врачу-психотерапевту. Таким образом она вышла на нас.

Платоническое (романтическое) либидо. Его возникновение не удалось выявить до 17 лет. До того, как встретила мужа, ни в кого не влюблялась. Влюбилась в будущего мужа в 17 лет, а до этого «мужской пол был пополам». Потом год встречались. Он периодически приезжал в тот населенный пункт, где она жила. Сначала целовались в щечку, ходили в кино. Замуж вышла в 18 лет. В день, когда расписались в ЗАГСе, полового акта не было, так как муж уехал на неделю на военное учение. Он состоялся через неделю. Вскоре появилось сексуальное либидо, оргазм возник через 3 месяца после начала половой жизни, и в этот же период времени они забеременела.

Месячные. Месячные начались в 17 лет (когда росла, не голодала). Они были регулярными и сопровождались болями в животе. Эти боли прекратились в 19 лет после того, как родила первого сына. Менструации были по 3 дня через 28 дней, никогда не нарушались. До 48 лет они были регулярными, а в 48 лет после трагедии с мужем и сыном сразу прекратились.

В настоящее время у пациентки диагностируют ишемическую болезнь сердца, стенокардию. Отмечает, что у нее бывает пароксизмальная тахикардия, брадикардия и экстрасистолия. Обнаружили узел в щитовидной

железе, но ее функция не нарушена. 4 года назад было легкое сотрясение мозга (ударилась головой в квартире). Говорит, что у нее очень хорошая память.

Выписка из истории болезни от 10.09.2012. Клинический диагноз: Цервикокраниалгия. Смешанный вариант. Умеренный болевой синдром. Синдром позвоночной артерии. Остеохондроз шейного отдела позвоночника, нестабильная форма. Дисциркуляторная атеросклеротическая и гипертоническая энцефалопатия 2 ст. с интракраниальной гипертензией, вестибуло-атактическим синдромом, астеническим состоянием.

Объективно. Рост 164 см, масса тела 80 кг, размер бюстгалтера 4-й (но начинала с первого). Гипертрихозов и дорожки волос от лобка к пупку не было.

Предоставлены следующие данные параклинических методов исследования.

Сонография щитовидной железы (27.10.2014). Заключение: многоузловой зоб I степени.

Гормональные исследования [прогестерон, тестостерон общий, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол (E2)] (19.03.2014). Тестостерон общий – 4,47 нмоль/л (норма для женщин старше 50 лет – 0,101-1,42). В остальном без отклонений от нормы.

Гормональные исследования [пролактин, тестостерон общий, эстрадиол (E2)] (12.05.2014). Отклонений от нормы не выявлено.

Гормональное исследование (29.08. 2014). Пролактин – 11,69 нг/мл (норма для небеременных женщин – (4,79–23,3) нг/мл).

Гормональные исследования (17.10.2014). Тиреотропный гормон (ТТГ) – 3,36 мкМЕ/мл (норма для взрослых – (0,27–4,2) мкМЕ/мл), тироксин свободный (Т4 свободный) – 2,08 нг/дл (норма для взрослых – (0,93–1,7) нг/дл).

Ультразвуковое трансвагинальное исследование органов малого таза (13.05.2014). Заключение: объемной патологии не выявлено.

Магнитно-резонансная томография головного мозга (18.03.2015).

Заключение: очаговые изменения белого вещества лобных долей – вероятно, проявления церебральной микроангиопатии. Формирующееся «пустое» турецкое седло. Вторичное расширение субарахноидального пространства желудочков на фоне уменьшения объема вещества гемисфер. Умеренные проявления катарального полисинусита. МР-признаки перенесенного левостороннего отита.

Ультразвуковое исследование [печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, мочевой пузырь] (17.03.2014).

Заключение: органической патологии не выявлено.

Эхокардиоскопия (22.01.2015). Заключение: склеротические изменения аорты, гипертрофия левого желудочка, дилатация левого предсердия.

Мультисрезовая компьютерная томография урологической области (13.05.2014). Заключение: КТ-признаки кист почек, кисты печени.

Назначено:

1. Сонапакс (таблетка 25 мг) в повышающейся дозе: первый день ½ табл. 2 раза в день, второй день ½ таблетки 2 раза в день, третий день ½ таблетки 3 раза в день, потом по 1 табл. 2 раза в день, а затем по 1 табл. 3 раза в день.

2. Гипносуггестивная терапия.

20.04.2015 г. Отмечает, что сейчас имеет место жжение по всему животу выше лобка (захватывает весь живот над лобком с широким распространением этого ощущения вверх, вправо и влево), а также на внутренней поверхности бедер и в спине. Также есть «частичное сексуальное желание». Появление жжения в спине и расширение зоны жжения над лобком по сравнению с жалобами, которые были при обращении, можно объяснить тем, что пациентке был отменен финлепсин и буспирон, а доза сонапакса (назначил ее с постепенным повышением) еще маленькая.

20.04.2015 г. Был проведен первый сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились следующие внушения: покидает тревога и беспокойство; организм наполняется покоем; она спокойная и

уравновешенная всегда и везде; структуры головного мозга, ответственные за половое влечение, успокаиваются, затормаживаются и засыпают, поэтому половое влечение покидает ее, уходит, рассеивается; покидает, уходит и рассеивается жжение в животе, на внутренней поверхности бедер и в спине.

Пациентка отметила, что сразу после проведения сеанса нивелировались все неприятные ощущения и половое возбуждение. **22.04.2015 г.** Состояние улучшилось, меньше беспокоит сексуальное возбуждение, неприятные ощущение (жжение) имеет место только в надлобковой области (небольшая зона), в других местах жжения нет. По сравнению с тем, когда началось лечение, выраженность ее расстройства уменьшилась на 30 %.

22.04.2015 г. Проведен второй сеанс гипносуггестивной терапии, который по содержанию лечебных внушений полностью соответствовал первому сеансу, но дополнительно к этому (больная пожаловалась на нарушение сна) проводилась суггестия, направленная на его нормализацию.

Сразу после проведения сеанса вся симптоматика прошла. К лечению соннапаксом рекомендовано прибавить нанесение на лобок меновазина. Кроме этого, для уменьшения жжения рекомендовано использовать аэрозоль с лидокаином на область лобка 2–3 раза в день.

24.04.2015 г. Отмечает, что после второго сеанса гипноза 2 дня вообще не было ни сексуального возбуждения, ни жжения, но сегодня утром возникло жжение непосредственно над лобком и желание. Отмечает, что эти два симптома выражены на 4 балла (из 10 баллов, которые имели место перед началом лечения).

24.04.2015 г. Проведен третий сеанс гипносуггестивной терапии, который по содержанию лечебных внушений был таким же, как и второй, но дополнительно в его конце делались внушения, направленные на уменьшение чувствительности нервных окончаний, находящихся в зоне лобка, и его анестезию, а также уменьшение чувствительности нервов, иннервирующих лобок и прилегающие к нему области.

Сразу после окончания сеанса гипноза все симптомы (жжение, половое влечение) прошли. При неоднократном расспросе пациентка утверждала, что даже при несильном давлении на лобок сексуальное возбуждение увеличивается. Рекомендовано соннапакс заменить феназепамом

27.04.2015 г. Феназепам не смогла достать, так как он относится к наркотическим веществам. Невропатолог и терапевт не захотели ей его выписывать. В настоящее время пациентка принимает по 25 мг соннапакса 3 раза в день. «Есть нечеткое, легкое, не напрягающее желание» и небольшое жжение в надлобковой области на небольшой площади. Вчера вообще ничего не беспокоило. Позавчера было очень легкое желание и жжение над лобком, и сегодня то же самое. Сейчас степень выраженности нарушений по 10-балльной системе оценивания равна 3 баллам. Уже начала применять спрей лидокаина. Вчера сидела с мужчиной, с которым проживает, на диване и никак на него не реагировала, что раньше имело место. «Головой мне этого не надо». Когда дотрагиваюсь до половых органов при подмывании, то желания нет, а давление на лобок его вызывает, но вчера, однако, такого желания при давлении на лобок уже практически не было. Отмечает, что от соннапакса у нее сухость во рту и ощущение некоторой неустойчивости при ходьбе. Три последних дня уже принимала всего по 1т (0,025) соннапакса в день.

27.04.2015 г. Проведен четвертый сеанс гипносуггестивной терапии, который по сценарию полностью соответствовал третьему сеансу.

Рекомендовано принимать гидазепам (таблетка 0,02) по 2 т 2–3 раза в день, а также орошать аэрозолем лидокаина область лобка. Прием соннапакса был прекращен.

30.04.2015. Принимает гидазепам (2 табл. по 0,02 утром и вечером). Предложил ей употреблять его утром и днем, так как вечером имеющие место симптомы ее не беспокоят. В день после четвертого сеанса (в понедельник) ее ничего не беспокоило, во вторник и в среду тоже. А сегодня утром (в четверг) имело место очень легкое желание, но затем даже очень

глубокое давление на лобок никакого желания не вызывало. Отмечает, что когда сегодня воздействовала на клитор, то появились приятные ощущения (какое-то блаженство, какое-то минимальное желание, которое очень быстро прошло). Я объяснил ей, что появление таких ощущений при данном воздействии следует считать нормальным.

Больная сообщила: «Когда у меня все это начиналось, я была готова, чтобы у меня все вырезали [имеет в виду половые органы], лишь бы меня это не беспокоило. Сейчас я с этим жить могу после того, как у вас начала лечиться, а до этого хоть удавка на шею (не совсем, т. е. не то, чтобы покончить жизнь самоубийством, это я образно говорю)».

После того как прекратила принимать соннапакс, сухости во рту и неустойчивости нет. Спит все время хорошо (я делаю ей соответствующие внушения). Никакого жжения над лобком сегодня утром не было. Боится, что приятные ощущения в области клитора, которые она испытала сегодня, могут вновь привести к возобновлению симптоматики.

Проведен пятый сеанс гипноза. Сценарий такой же, как и четвертого сеанса. В качестве специальных внушений были проведены следующие: «Успокаиваются структуры головного мозга, ответственные за половое влечение и сексуальное возбуждение... Они успокаиваются, затормаживаются, засыпают... Поэтому половое влечение и половое возбуждение ослабевают, покидают вас, уходят, рассеиваются, остаются в прошлом... Нервы, находящиеся вблизи лобка и иннервирующие его, успокаиваются, уменьшается чувствительность нервных окончаний, расположенных в лобке и надлобковой области... В области лобка развивается анестезия, снижается чувствительность в надлобковой области... Жжение покидает надлобковую область, уходит, рассеивается, остается в прошлом...».

Каждый раз при проведении гипноза пациентка погружается минимум во вторую его стадию.

4.05.2015. Говорит, что от гИдазепам, который в настоящее время принимает по 0,05 2 раза в день, ее шатает. До этого принимала его в меньших дозах, и все было нормально. Рекомендовано сегодня больше не принимать гИдазепам (перед приходом ко мне выпила уже 0,05 гИдазепам), а з завтрашнего дня для принимать по ½ табл. гИдазепам (в таблетке 0,05) 2 раза в день, а также антистресс по 1 капсуле 2 раза в день. Последний раз была у меня в четверг. После сеанса гипноза в четверг ее ничего не беспокоило, в пятницу и субботу тоже, а в воскресенье вечером появилось сексуальное желание, которое быстро прошло после отвлечения внимания. Сегодня это желание (**без желания!**) появилось утром. Теперь это мимолетные желания, которые быстро проходят при переключении внимания. Все дни после 5 сеанса гипноза не было жжения в надлобковой области и на внутренней поверхности бедер. Сейчас давление на лобок не вызывает никакого сексуального желания / возбуждения.

4.05.2015. Проведен 6 сеанс гипносуггестивной терапии. Делались внушения, направленные на фиксацию исчезновения полового влечения и жжения в надлобковой области, которые «ушли, рассеялись, забылись». Акцент делался на том, что это произошло раньше. Суггестия, направленная на уменьшение чувствительности в области лобка, его нервных рецепторов и развитие анестезии в нем не делалась.

8.05.2015. Утром 5.05.2015 г. половое желание появилось, но быстро (примерно через 10 мин.) исчезло. Оно концентрировалась в надлобковой области. Характеризует его как «приятное, но нежелательное для нее наваждение». Никакого жжения не было. Давила себе на лобок, но это половое влечение теперь не вызывает. Сейчас на гражданского мужа, душ и гигиену половых органов сексуально не реагирует, и аэрозоль лидокаина не использует. Раньше (до обращения ко мне) влечение было постоянным. Это было нежелательное влечение. «Чувствую себя хорошо, я стала совсем другим человеком». Говорит, что на нее очень сильно положительно повлиял

уже первый сеанс гипноза. Сейчас употребляет гдазепам по 0,025 2 раза в день и дважды в день по 1 капсуле антистресса.

8.05.2015. Проведен 7 сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и на предыдущем сеансе.

15.05.2015. В течение недели после проведенного сеанса половое влечение не возникало. Оно появилось сегодня утром, но было минимальным и мимолетным (продолжалось 5 мин). Сразу после его возникновения выпила гдазепам. Никакого жжения не было. При надавливании на лобок желание не возникает, не возникает оно и при подмывании. Гражданский муж у нее сексуальных эмоций тоже не вызывает.

15.05.2015. Проведен 8-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились такие же внушения, как и на предыдущем сеансе.

22.05.2015. На следующий день после сеанса появилось легкое желание, которое продолжалось в течение 15 мин. После того как попрыскала на лобок аэрозоль лидокаина, оно сразу прошло. Через 3 дня желание возникло вновь. Купировала его гдазепамом и приёмом капсулы антистресса. Сегодня утром вновь появилось желание, которое нивелировалось самостоятельно через 10 мин. Его интенсивность по 10-балльной шкале составляла 0,5–0,6 балла. Жжения в течение всего этого времени не было.

22.05.2015. Проведен 9 сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и на предыдущем сеансе.

29.05.2015. Отмечает, что на следующий день после сеанса и через 3 дня после него, а также сегодня утром было половое влечение, которое продолжалось 15 мин. и прошло после того, как лобок был опрыскан аэрозолем лидокаина. Выраженность полового влечения такая же, как и та, о которой она говорила при прошлом посещении. Половое влечение возникает над лобком. *Это не общее желание, а желание, которое возникает именно в этой области, «я считаю, что прямо внутри лобка».* Пациентка сообщает, что ее сильно шатает, и у нее большая сонливость. Лобок опрыскивает аэрозолем лидокаина. Отменил ей прием капсул антистресса.

29.05.2015. Проведен 10 сеанс гипносуггестивной терапии. Из специальных внушений применялись следующие: «Успокаиваются структуры и клеточки головного мозга, ответственные за выраженность полового влечения ... Они успокаиваются, затормаживаются, засыпают ... Поэтому половое влечение и сексуальное возбуждения уходят, рассеиваются, покидают ваш организм и остаются в прошлом ... В прошлое ушли неприятные ощущения в надлобковой области и в области внутренней поверхности бедер ... Это жжение покинуло ваш организм, ушло, рассеялось и осталось в прошлом ...».

Пациентка позвонила мне через 2 дня и сказала, что чувствует себя прекрасно (не было ни влечения, ни жжения, ни сонливости, ни пошатывания). Было рекомендовано опрыскивание лобка аэрозолем лидокаина 2 раза в день (утром и вечером) 10 дней подряд.

В заключение следует отметить, что с учетом острого начала анализируемого расстройства можно предположить (!) его цереброваскулярный генез, отразившийся на функционировании головного мозга. В качестве весомого способствующего фактора следует назвать длительный дистресс, обусловленный выраженной психотравмой (смерть чрезвычайно значимого для пациентки человека).

Положительные сдвиги в динамике данного расстройства начали возникать во время лечения больной в кардиологическом стационаре, когда ей был назначен анксиолитик и антиэпилептический препарат. Однако полной нормализации состояния (речь идет о характеризуемой патологии) удалось достичь только после проведенного нами лечения (гипносуггестивная терапия, малый нейролептик, транквилизатор, седативный препарат, анестезия области лобка).

Приведенный клинический случай не является очень ярким, однако это в значительной степени можно объяснить возрастом пациентки, что исключало возможность появления ряда феноменов, характерных для данной патологии.

Опрос, проведенный 10.04.2020 г., т. е. через 5 лет после окончания лечения, свидетельствовал о стойкости и длительности полученных результатов.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58. Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочарян Г. С. Биологическая терапия больных с гиперсексуальностью // Здоровье мужчины. – 2019. – №3 (70). – С. 43–46. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2019.185357>
2. Кочарян Г. С. Гиперсексуальность. – Харьков: ООО «ДИСА ПЛЮС», 2020. – 263 с.
3. Кочарян Г. С. Гиперсексуальность: термины, диагностические подходы, концептуализация, распространенность // Здоровье мужчины. – 2019. – №2 (69). – С. 61–68. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.2.2019.179977>
4. Кочарян Г. С. Психотерапия больных с гиперсексуальностью // Здоровье мужчины. – 2019. – №4 (71). – С. 44–51. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2019.195262>
5. Bancroft J., Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model // J Sex Res. – 2004. – 41 (3). – P. 225–234.
6. Carnes P. Out of the shadows: Understanding sexual addiction. Minneapolis, MN: CompCare, 1983.
7. Irons R., Schneider Jennifer P. Differential Diagnosis of Addictive Sexual Disorders Using the DSM-IV // Sexual Addiction & Compulsivity. – 1996. – 3. – P. 7–21.
8. Orford J. Excessive appetites: A psychological view of the addictions. – Chichester, England: John Wiley & Sons, 1985.
9. Weiss Douglas. The Final Freedom: Pioneering Sexual Addiction Recovery. – Fort Worth, Tex.: Discovery Press, 1998.
10. World Health Organization's. ICD-11: Compulsive Sexual Behavior Disorder. – URL: <https://www.yourbrainonporn.com/miscellaneous-resources/world-health-organizations-icd-11-compulsive-sexual-behavior-disorder/> (the date of the reference: 25.03.2019).

Библиографические данные о статье: Кочарян Г. С. Гиперсексуальность у женщины: случай из клинической практики // Здоровье мужчины. – 2020. – №3 (74). – С. 52–56.