

УДК: УДК: 616.89-008.442-055.2

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

*Г. С. Кочарян*

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**В статье отражены и охарактеризованы степени выраженности вагинизма, представленные в ряде классификаций, приведена характеристика фобической и истерической (конверсионной) формы вагинизма. Представлен клинический пример, где подробно описаны психотравмирующие обстоятельства, приведшие к возникновению фобического вагинизма и поддерживавшие его существование, а также случай пленения члена (penis captivus), который имел место у пациентки, наблюдавшейся у автора этой статьи. Описано самовосприятие женщин, страдающих вагинизмом, их семейное родительское окружение. В частности, сообщается, что у многих женщин с вагинизмом отцы были крайне критичными, властными, моралистичными и угрожающими. В то же время они 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, а с другой – чрезмерно интересовались сексуальностью своих дочерей. Также в статье отмечается, что у половины больных вагинизмом имеет место алекситимия и обсуждается вопрос о причинно-следственной связи между двумя этими состояниями. Приведены данные о большой частоте коморбидных психических расстройств у больных вагинизмом, характеристика сексуальных партнеров женщин с данной патологией, их реакций на существующее расстройство, а также сведения об их сексуальных дисфункциях. Помимо этого, представлены данные инструментальных физиологических исследований (электромиография [ЭМГ]), которые свидетельствуют о том, что женщины с вагинизмом проявляют повышенную активность мышц тазового дна, как в покое, так и при индукции вагинизма. Также приведены данные, согласно которым вагинизм связан с театрально-истерическими чертами характера и сексуальным дистрессом.**

**Ключевые слова:** вагинизм, степени выраженности, клинические формы, семейное родительское окружение, характеристика пациенток и их сексуальных партнеров, реакции на патологию, параклинические данные.

**Vaginismus: degrees of expression, clinical forms, family parental environment, characteristics of patients and their sexual partners, reactions to the pathology, data of paraclinical studies**

***G. S. Kocharyan***

The article deals with and characterizes degrees of vaginismus expression, present in a number of classifications, and contains characteristics of the phobic and hysteric (conversion) forms of vaginismus. It presents a clinical case, which contains a detailed description of psychotraumatic circumstances that resulted in phobic vaginismus and supported its existence, as well as a case of penis captivus in a female patient supervised by the author of this article. Self-perception of the women, suffering from vaginismus, and their family and parental environment are described. In particular it is informed that in many women with vaginismus their fathers were extremely critical, imperious, moralistic and threatening. At the same time, they were sexually seductive with their daughters to an excessive degree. It seemed that in some specific way the daughter substituted for her mother. The fathers behaved like jealous lovers, when their daughters went around with men. On the one hand, they were moralists, but on the other one they extremely concerned themselves with sexuality of their daughters. Also the article points out that half of the patients with vaginismus have alexithymia and discusses the issue of causal relationships between these two conditions. Data about a high rate of comorbid psychic disorders in patients with vaginismus, characteristics of sex partners of women with the above pathology, their responses to the existing disorder as well as information about their sexual dysfunctions are presented. Besides, findings of instrumental physiological examinations (electromyography [EMG]) are presented; these demonstrate that women with vaginismus reveal an increased activity of muscles in their pelvic floor both at rest and during induction of vaginismus. The article also contains data, according to which vaginismus is associated with hysterionic-hysterical character traits and sexual distress.

**Key words:** *vaginismus, degrees of expression, clinical forms, family parental environment, characteristics of patients and their sexual partners, reactions to the pathology, paraclinical data.*

## **Вагінізм: ступені вираженості, клінічні форми, сімейне батьківське оточення, характеристика пацієнток та їх сексуальних партнерів, реакції на патологію, дані параклінічних досліджень**

***Г. С. Кочарян***

У статті відображені і охарактеризовані ступені вагінізму, що наведені у ряді класифікацій, наведена характеристика фобічної і істеричної (конверсійної) форми вагінізму. Наведен клінічний приклад, де докладно описані психотравмуючі обставини, які призвели до виникнення фобічного вагінізму і підтримали його існування, а також випадок полону члена (penis captivus), який мав місце у пацієнтки, що спостерігалася у автора цієї статті. Описано самосприйняття жінок, які страждають вагінізмом, їх сімейне батьківське оточення. Зокрема, повідомляється, що у багатьох жінок з вагінізмом батьки були вкрай критичними, владними, моралістичними і загрозливими. У той же час вони були надмірно спокусливими зі своїми дочками. Здавалося, що дочка якимсь особливим чином замінює свою матір. Батьки вели себе як ревниві коханці, коли їх дочки зустрічалися з чоловіками. З одного боку, вони були моралістами, а з іншого – надмірно цікавилися сексуальністю своїх дочок. Також у статті зазначається, що у половини хворих вагінізмом має місце алекситимія і обговорюється питання причинно-наслідкового зв'язку між двома цими станами. Наведено дані про велику частоту коморбідних психічних розладів у хворих вагінізмом, характеристика сексуальних партнерів жінок з цією патологією, їх реакцій на існуючий розлад, а також характеристика їх сексуальних дисфункцій. Крім цього, представлені дані інструментальних фізіологічних досліджень (електроміографія [ЕМГ]), які свідчать про те, що жінки з вагінізмом виявляли підвищену активність м'язів тазового дна, як в спокої, так і при індукції вагінізму. Також наведені дані, згідно з якими вагінізм пов'язаний з театральньо-істеричним рисами характеру і сексуальним дистресом.

***Ключові слова:** вагінізм, ступені вираженості, клінічні форми, сімейне батьківське оточення, характеристика пацієнток та їх сексуальних партнерів, реакції на патологію, параклінічні дані.*

В нашей статье, посвященной вагинизму, которая была ранее опубликована в журнале «Здоровье мужчины», речь шла о его частоте, определениях, диагностических критериях и формировании [4]. Однако в ней не были представлены данные, касающиеся других аспектов этой патологии. Поэтому целью нашей новой работы было представить эти аспекты.

## 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 сохранении девственной плевы). В этих 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] в зависимости от тяжести состояния, которая определялась при гинекологическом осмотре. При вагинизме первой степени возникает спазм тазового дна, который можно успокоить. При второй степени спазм присутствует, но сохраняется по всему тазу 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. P. T. Rasik, J. V. 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, потеря сознания, желание спрыгнуть со стола или напасть на врача [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 эксквизитное наблюдение первичного вагинизма, который не ослабел в течение 10 лет супружеской жизни, несмотря на роды и аборт.

«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 начались 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. 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 ее. 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. Ее 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 ее 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 ударилась головой. Было очень-очень больно. Он не кончил. Я очень на него обиделась и больше к себе не подпускала. Он извинялся. Летом приехал на ее день рождения и подарил ей 17 роз. Но к нему уже было недоверие. Жениться не предлагал, флиртовал с ее 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 Массандрой 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 ее 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, толкая 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, что ее изнасилуют. «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 в половые органы ногой (пяткой). 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 ее о косяк двери. До этого он ударил пациентку в лицо, которое у нее 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 появилось 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 ее догнал и схватил за волосы. Ей удалось вырваться, но клочок ее волос остался у него. Он тянул ее в одну сторону, а девушка, которой уже удалось выбежать 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 ее патологии, чем первый.

Потом ей и ее маме сказали, что подавать заявление в милицию на парня, который пытался ее изнасиловать, бесполезно, что у него много друзей во внутренних органах. У него после произошедшего остались ее 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 ее избивал. Также из



этого разговора удалось узнать, что этот парень сидел в тюрьме, что ее 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 ***истерического (конверсионного) 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 изображена 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». 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 них, помимо характерных для вагинизма страхов, часто есть или были другие фобии. Для них характерны размышления, которые катастрофируют 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 свидетелями 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,

выявило, 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. ἀ- – 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. Сiосса 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 значительная разница в общих баллах по шкале TAS-20 между двумя группами ( $P < 0,0001$ ). Таким образом, вероятность проявления 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. Yıldırım 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 пациентов 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 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 ее 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, однако 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 быть 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 в интродукции и фрикциях, 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 партнера-женщины, если он некомпетентный, чрезмерно тревожный или слишком терпеливый. Наиболее распространенное утверждение состоит в том, что 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 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 характерологические особенности партнеров женщин, страдающих вагинизмом, 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 времени, 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 ее 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, с одной стороны, 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 возникли после развития вагинизма и / или нивелировались при успешном его лечении [11; 21; 22; 26].

По нашим наблюдениям, мужья / 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) 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 ее подтверждения требуется дальнейшее изучение.

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 Индекс женской сексуальной функции (the Female Sexual Function Index; FSFI), опросник больницы Мидлсекс (the Middlesex Hospital Questionnaire), 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.

Женщины с вагинизмом выявили значительно более высокие театральные-истерические (histrionic-hysterical) симптомы и черты характера (по шкале MNQ-H;  $P < 0,05$ ) по сравнению с субъектами с другими сексуальными 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 высказывает 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.

#### **Відомості про автора**

Кочарян Гарник Суменович – Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна, 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58; тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521- 61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

#### **Information about the author**

Kocharyan Garnik Surenovich – Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, 58 Amosova str., Kharkiv, 61176, Ukraine; tel.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

#### **Сведения об авторе**

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

## 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=Алеитимия%20\(от%20др.,передаче%2C%20словесном%20описании%20своего%20состояния](https://wikipedia.org/wiki/Алекситимия#:~:text=Алеитимия%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: степени выраженности, клинические формы, семейное родительское окружение, характеристика пациенток и их сексуальных партнеров, реакции на патологию, данные параклинических исследований // Здоровье мужчины. – 2021. – 1 (76). – С. 58–64.
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., Jannini 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 Publishing. 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., Weijnen 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., Karaş 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.

**Бібліографічні дані про статтю (citation):** Кочарян Г. С. Вагинізм: ступені вираженості, клінічні форми, сімейне батьківське оточення, характеристика пацієнток і їх сексуальних партнерів, реакції на патологію, дані параклінічних досліджень // Здоров'я чоловіка. – 2021. – №1 (76). – С. 58–64. [Kocharyan G. S. 2021. Vaginismus: degrees of expression, clinical forms, family parental environment, characteristics of patients and their sexual partners, reactions to the pathology, data of paraclinical studies. Health of Man. No 1 (76): 58–64.] <https://doi.org/10.30841/2307-5090.1.2021.232504>