

ФОБИЧЕСКАЯ ДИСПАРЕУНИЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Описывается случай фобической диспареунии. Речь идет о 22-летней девушке, у которой боли в гениталиях впервые возникли 2 года назад при половом акте с мужчиной, у которого длина полового члена составляла 25 см. Совершила с ним только 5 половых актов, а потом из-за этих болей отношения с ним прервала. Сейчас встречается с 22-летним парнем, который живет в другом городе, и они приезжают друг к другу в гости. Генитальные боли и жжение во влагалище имеют место у нее не только при половых актах с ним и после их окончания, но даже и тогда, когда они находятся в разных городах. В последнем случае они возникают, когда планируется ее поездка в другой город, предполагающая сексуальные контакты со своим парнем. Тогда бывает, что просыпается ночью и испытывает генитальные боли и жжение «до слез». Из-за этого не может уснуть. Когда же такая поездка не предполагается, то болей и жжения в половых органах у нее нет. Бывает так, что пациентка приезжает к своему парню, но вагинальных половых актов они не совершают, и все ограничивается петтингом и оральным сексом, чему предшествует ее просьба к нему, и он с пониманием относится к ее проблеме. Но генитальные боли возникают даже при кунилингусе, 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. 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. При обследовании гинекологом какой-либо профильной патологии у пациентки выявлено не было. Осуществлялись соответствующие когнитивные воздействия, проведено 10 сеансов гипносуггестивного программирования. В результате проведенной терапии перестала избегать проведения половых актов, стала жить регулярной половой жизнью, усилилось либидо, боли при половых актах и после их проведения практически перестали возникать.

Ключевые слова: фобическая диспареуния, женщина, клиническое наблюдение.

Phobic dyspareunia: a case report.

G. S. Kocharyan

A case of phobic dyspareunia is described. We are talking about a 22-year-old girl whose genital pains first arose 2 years ago during intercourse with a man whose penis length was 25 cm. She had only 5 intercourses with him, and then because of these pains interrupted the relationship with him. Now she is dating a 22-year-old guy who lives in another city, and they come to visit each other. Genital pains and burning in the vagina occur in her not only during intercourses with him and after their end, but even when they are in different cities. In the latter case, they arise when she is planning a trip to another city, involving sexual contacts with her boyfriend (wakes up at night and experiences genital pain and burning sensation “to tears”). Because of this, she cannot sleep. When such a trip is not supposed, then she does not have pain and burning sensation in the genitals. It so happens that the patient comes to her boyfriend, but they do not perform vaginal intercourse, and everything is limited to petting and oral sex. This is preceded by her request to him, and he is sympathetic to her problem. But pains in the genitals occur even with cunnilingus, if not only the clitoris but also the vagina is involved (“bakes, pricks, gives birth to hedgehogs”). She reports that it so happens that pains arise when she comes to her boyfriend, but the matter has not yet come to sexual contact. Before intercourses, she notes the presence of a fear of pain associated with their implementation. This fear is accompanied by tension in the muscles of the body and difficulty in breathing. Currently, sexual desire is sharply weakened, which can be explained by the presence of dyspareunia. During the examination by the gynecologist, no profile pathology was revealed in the patient. Appropriate cognitive influences and 10 sessions of hypnosuggestive programming were carried out. As a result of the therapy, she stopped avoiding sexual intercourses, began to live a regular sex life, pain during and after intercourses practically ceased to arise, libido was increased.

Key words: *phobic dyspareunia, woman, case report.*

Фобічна диспареунія: випадок із практики

Г. С. Кочарян

Описується випадок фобічної диспареунії. Йдеться про 22-річну жінку, у якої болі в геніталіях вперше виникли 2 роки тому при статевому акті з чоловіком, у якого довжина статевого члена становила 25 см. Здійснила з ним тільки 5 статевих актів, а потім через ці болі відносини з ним перервала. Зараз зустрічається з 22-річним хлопцем, який знаходиться в іншому місті, і вони приїжджають один до одного в гості. Генітальні болі і печіння в піхві мають місце у неї не тільки при статевих актах з ним і після їх закінчення, але навіть і тоді, коли вони перебувають в різних містах. В останньому випадку вони виникають, коли планується її поїздка до нього в інше місто, що припускає її сексуальні контакти зі своїм

хлопцем. Тоді буває, що прокидається вночі і відчуває генітальні болі і печіння «до сліз». Через це не може заснути. Коли ж така поїздка не передбачається, то болів і печіння в статевих органах у неї немає. Буває так, що пацієнтка приїжджає до свого хлопця, але вагінальних статевих актів вони не роблять, і все обмежується петингом і оральним сексом, чому передує її прохання до нього, і він з розумінням ставиться до її проблеми. Але генітальні болі виникають навіть при кунілінгусі, якщо при цьому має місце вплив не тільки на клітор, але і на піхву («пече, коле, народжую їжачків»). Повідомляє, що буває так, що болі виникають, коли вона приїжджає до свого хлопця, але до сексуального контакту справа ще не доходить. Перед статевими актами відзначає наявність побоювань і страху виникнення болю, пов'язаних з їх проведенням. Цей страх супроводжується напругою м'язів тіла і утрудненням дихання. В даний час статевий потяг різко ослаблений, що можна пояснити наявністю диспареунії. При обстеженні гінекологом будь-якої профільної патології у пацієнтки виявлено не було. Здійснювалися відповідні когнітивні впливи, проведено 10 сеансів гіпносугестивного програмування. В результаті цього лікування пацієнтка перестала уникати проведення статевих актів, стала жити регулярним статевим життям, посилилось лібідо, болі при статевих актах і після їх проведення практично перестали виникати.

Ключові слова: фобічна диспареунія, жінка, клінічне спостереження.

Диспареунія – это боль в гениталиях, которая ощущается до, во время или после полового акта. Она может быть обусловлена психогенными или соматогенными факторами, а также их сочетанием. 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 [1].

В МКБ-10 выделяют диспареунию неорганического происхождения (код F.52.6) и диспареунию (код N94.1), где речь идет об органическом генезе расстройства [2]. В МКБ-11 от дихотомии «психогенное/органическое» отказались и ввели совокупный единый диагноз «диспареунія» (код GA12) [4].

В американской классификации сексуальных расстройств, отраженной в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим

расстройствам 5-го пересмотра (2013 г.), существует единый (общий) диагноз вагинизма и диспареунии: «генитально-тазовая боль / расстройство пénéтрации» (код 302.76) [3]. Решение об объединении двух диагнозов обосновывалось тем, что обе названные сексуальные дисфункции являются в высокой степени коморбидными и трудно различимыми.

В своей работе мы различаем органические и психогенные диспареунии, а также диспареунии смешанного характера. Психогенные диспареунии мы в свою очередь подразделяем на фобические и конверсионные (истерические), хотя возможно и их сочетание. Не останавливаясь подробно на обсуждении диспареунии как клинической проблемы в целом, что уже было сделано нами в специальной, опубликованной ранее статье [1] представим клинический случай из нашей клинической практики, где речь идет о фобической диспареунии.

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 ее было достаточно. 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 нее болит мочево́й 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 нее 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 ее просьба к нему, и он с пониманием относится к ее проблеме. Но генитальные боли возникают даже при кунилингусе, 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 начала встречаться с мужчиной, который был старше ее 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 нее 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 нее 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 нее 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 кунилингус. 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 рассказала, так как отец у нее «тиран». Был бы страшный скандал, и она боялась, что ее еще могут обвинить.

Через 2 года, когда они опять приехали в тот же город к родителям, и 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 ее подруги, которые все к тому времени имели сексуальный опыт, подтолкнули ее 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 ее с женщиной. 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 кунilingуса не было. С этим женщиной 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 мегапенис (4-й партнер), с которого и началась история ее генитальных болей. Всего, вместе с нынешним парнем, у нее 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 общезитии 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 нее ранее не было никаких сексуальных отношений, могут ее 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 гидазепама по 20 мг за 1,5 часа до полового акта.

Когнитивные воздействия были направлены на полное осознание пациенткой психогенной природы ее 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 нее видение данной проблемы.

Было проведено 10 сеансов 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 гидазепама (приняла всего 2 таблетки) пациентка отказалась, так как, по ее мнению, какой-либо эффект от их приема отсутствовал.

Было проведено 10 сеансов гипносуггестивной терапии.

В результате проведенной терапии 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 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 ее заявлении, что когда она не живет половой жизнью, то эти симптомы у нее 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.

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. 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>
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
4. ICD-11. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/ICD-11> (the date of the reference: 01.08.2020).

Библиографические данные о статье (citation): Кочарян Г. С. Фобическая диспареуния: случай из практики // Здоровье мужчины. – 2020. – №4 (75). – С. 39–42. [Kocharyan G. S. Phobic dispareunia: a case report. *Health of Man.* (Ukraine). No 4 (75): 39–42.].