

PSYCHOGENIC SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN: CLINICAL OBSERVATIONS

Kocharyan G.S.

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

Amosov street, 58, Kharkov, 61176, Ukraine

e-mail: kochargs@rambler.ru

<https://orcid.org/0000-0003-3797-5007>

Received August 06, 2018

Three clinical observations dealing with sexual problems in women as a result of influence of unfavourable psychogenic factors are described. The first case (a false sexual disorder) is a report about the woman, whose psychogenic anorgasmia was caused by the situation (a response to nonverbal stimuli during the coitus on the part of her husband). Her husband had regular sexual relations with another woman. For him the coitus, which he had with his wife after 10 months of a break in their intimacy, was extremely undesirable. It was almost by force that she made him have it with her, but she failed to feel orgasm. The second clinical observation deals with a female patient having a pathological sexual stereotype, whose formation resulted from many years of masturbation. She had been masturbating since the age of 11. From the age of 11 to 14 she simply had pleasant sensations. Since the age of 14 her masturbations have been causing orgasm. She reaches it after pressing her legs together (the myocompression variant). Different kinds of genital stimulation on the part of men (their fingers, tongue) fail to cause orgasm. During the coitus, orgasm appears only in case of its combination with pressing of her legs (myocompression masturbation). Virtually this is a pathological variant of coital anorgasmia. The third case reports about a woman, who was subjected to significant psychosexual traumatization on the part of her sexual partner. By all means he degraded and outraged her, accusing of an early start of her sexual life. It resulted in the formation of a sexual disorder, which manifested itself with different sexual dysfunctions, as well as in a long-lasting “slipping” to homosexual relations. But due to their futility with respect to formation of the family as well as because of the absence of the formed homosexual desire the patient changed over to heterosexual relations.

KEY WORDS: women, psychogenic sexual dysfunctions.

ПСИХОГЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Г.С. Кочарян

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176, Украина*

Приведено 3 клинических наблюдения, в которых речь идет о сексуальных проблемах у женщин, возникших в результате влияния неблагоприятных психогенных факторов. В первом случае (мнимое сексуальное расстройство) сообщается о женщине, у которой психогенная аноргазмия была обусловлена ситуационно (реакция на невербальные стимулы во время полового акта со стороны мужа). Ее муж состоял в регулярных сексуальных отношениях с другой женщиной. Для него половой акт, который он совершил со своей женой спустя 10 месяцев перерыва в их интимных отношениях, был крайне нежелателен. Ей почти насильно удалось заставить совершить его с ней, однако оргазм у нее не наступил. Во втором клиническом наблюдении речь идет о пациентке со сформировавшимся в результате многолетней мастурбации патологическим сексуальным стереотипом. Мастурбировала с 11 лет. С 11 до 14 лет при этом просто испытывала приятные ощущения. С 14 лет при мастурбации начал возникать оргазм. Достигает его при сжатии ног (миокомпрессионный вариант). Различные виды генитальной стимуляции со стороны мужчин (пальцы, язык) к возникновению оргазма не приводят. При половом акте оргазм возникает только в случае его сочетания с сжатием ног (миокомпрессионной мастурбацией). По сути, речь идет о патологическом варианте коитальной аноргазмии. В третьем случае сообщается о женщине, которая подверглась выраженной психосексуальной травматизации со стороны сексуального партнера. Он ее всячески унижал и оскорблял, обвиняя в том, что она рано начала жить половой жизнью. Это привело к формированию сексуального расстройства, проявляющегося различными сексуальными дисфункциями, а также длительному «сползанию» к гомосексуальным отношениям. Однако в связи с их бесперспективностью в плане создания семьи, а также из-за отсутствия сформировавшегося гомосексуального влечения, пациентка перешла к гетеросексуальным отношениям.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: женщины, психогенные сексуальные дисфункции.

ПСИХОГЕННІ СЕКСУАЛЬНІ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК: КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Г.С. Кочарян

*Харківська медична академія післядипломної освіти
вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176, Україна*

Наведено 3 клінічних спостереження, в яких мова йде про сексуальні проблеми у жінок, що виникли в результаті впливу несприятливих психогенних факторів. У першому випадку (уявний сексуальний розлад)

повідомляється про жінку, у якої психогенна аноргазмія була обумовлена ситуаційно (реакція на невербальні стимули під час статевого акту з боку чоловіка). Її чоловік перебував у регулярних сексуальних відносинах з іншою жінкою. Для нього статевий акт, який він здійснив зі своєю дружиною через 10 місяців перерви в їх інтимних стосунках, був вкрай небажаним. Їй майже насильно вдалося примусити його до коїтусу, однак оргазм у неї не виник. У другому клінічному спостереженні мова йде про пацієнтку зі сформованим в результаті багаторічної мастурбації патологічним сексуальним стереотипом. Мастурбувала з 11 років. З 11 до 14 років при цьому просто були приємні відчуття. З 14 років при мастурбації почав виникати оргазм. Досягає його за допомогою стиснення ніг (міокомпресійний варіант). Різні види генітальної стимуляції з боку чоловіків (пальці, язик) до виникнення оргазму не призводять. При статевому акті оргазм виникає тільки в разі його поєднання зі стисненням ніг (міокомпресійною мастурбацією). По суті, мова йде про патологічний варіант коїтальної аноргазмії. У третьому випадку повідомляється про жінку, яка піддалася вираженій психосексуальній травматизації з боку сексуального партнера. Він їй всіляко принижував і ображав, звинувачував у тому, що вона рано почала жити статевим життям. Це призвело до формування сексуального розладу, який проявляється різними сексуальними дисфункціями, а також тривалого «сповзання» у гомосексуальні стосунки. Однак у зв'язку з їх безперспективністю в плані створення сім'ї, а також через відсутність сформованого гомосексуального потягу, пацієнтка перейшла до гетеросексуальних відносин.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: жінки, психогенні сексуальні дисфункції.

Как свидетельствуют данные специальных исследований, частота сексуальных дисфункций весьма велика как у женщин, так и у мужчин. В 1999 г. были опубликованы результаты проведенного в США масштабного исследования, в котором приняли участие 1410 мужчин и 1749 женщин в возрасте от 18 до 59 лет [6]. Опрос респондентов проводили опытные интервьюеры. Отмечается, что демографические характеристики данной выборки позволяют считать ее репрезентативной для популяции США [2]. В результате этого исследования было установлено, что у 43% женщин и 31% мужчин имели место те или иные сексуальные дисфункции [6]. Это разительно отличается от их обращаемости за сексологической помощью, которая несравненно ниже. Среди сексуальных дисфункций у женщин наиболее часто встречаются снижение либидо и расстройства оргазма.

Значительную долю данных нарушений составляют те, которые обусловлены влиянием различных неблагоприятных психогенных факторов. Приведем ряд примеров, где речь шла о таких нарушениях.

К нам за помощью в консультативную поликлинику обратилась женщина средних лет, которая в течение 10 месяцев не жила с мужем половой жизнью, так как он «завел себе другую женщину» (из супружеской пары, с которой они дружат) (Клинический архив автора, 2001 г.). Его вполне устраивает сложившаяся ситуация. Он живет со своей женой в семье (у них один ребенок), а половые контакты имеет с той более молодой женщиной, которая, так же как и этот мужчина, не собирается разводиться, так как ее вполне устраивает существующая ситуация. После 10 месяцев перерыва в сексуальных контактах (пациентка в это время занималась мастурбацией, которая заканчивалась оргазмом) ей почти насильно удалось заставить мужа совершить с ней половой акт. Несмотря на нарастающее сексуальное возбуждение, оргазм у нее не произошел. При подробном расспросе удалось выяснить, что в процессе проведения полового акта возник «момент торможения», когда она увидела «напряженное лицо» мужа, совершающего фрикции, который отвернулся от нее (*психогенная ситуационная аноргазмия!*). Хотя она говорит, что смирилась с наличием у мужа любовницы, однако рассказала нам как долго и напряженно ждет, пока он придет домой, а также о расстройстве у нее сна из-за этой длительно существующей психотравмирующей семейной ситуации. Пациентке было объяснено, что ее сексуальный сбой обусловлен ее реакцией на поведение супруга во время интимной близости, и что главная задача состоит в нормализации семейных отношений.

В данном клиническом наблюдении речь еще не идет о сформировавшемся расстройстве оргазма. Этот клинический случай уместно квалифицировать как мнимую сексуальную дисфункцию. Пациентка предполагает/считает, что у нее имеет место патология, которой на самом деле у нее нет.

В настоящее время отсутствие оргазма у женщин во время коитуса в тех случаях, когда он наступает при генитальной самостимуляции и стимуляции с помощью рук и языка партнера, не относят к оргастическому расстройству [5]. З. В. Рожановская [4], более того, считает, что женщины, способные к деторождению, но не испытывающие оргазм, в биологическом смысле полноценны. Вместе с тем она указывает на социальное значение женского оргазма как одного из факторов стабильности брака.

Однако, по нашему мнению, коитальная аноргазмия должна причисляться к патологии тогда, когда речь идет о патологических сексуальных стереотипах, сформировавшихся при мастурбации под влиянием физических и психических стимулов, которые не могут быть воссозданы при проведении полового акта [3]. Приведем клинический пример, когда речь шла о такой аноргазмии, которая должна быть отнесена к патологии (Клинический архив автора, 2014 г.).

И, 27 лет, замужем 4 года, ребенку 3 года (девочка). Образование высшее юридическое. Не работает. Мужу 28 лет, частный предприниматель, имеет высшее образование (международные отношения). Жилищные условия – трехкомнатная квартира, которая является собственностью ее отца. Живут в ней вдвоем (муж, она и ребенок). Отношения с мужем доверительные.

Жалобы на то, что при половом акте не наступает оргазм. Протекает он так. В предварительном периоде (ласки, поцелуи) возбуждение нарастает только тогда, когда муж ласкает грудь (ключевая негенитальная эрогенная зона), что он делает очень редко. При стимуляции других эрогенных зон (шея, губы, волосистая часть головы) просто имеют место приятные ощущения, но муж на них также очень мало воздействует. Во время прелюдии происходит достаточное увлажнение влагалища. Затем супруг делает куннилингус (от 5 до 20 мин), который он очень любит, от чего она не получает никакого удовлетворения. Потом вводит половой член во влагалище и в течение 1-2 мин производит фрикции, а затем эякулирует. При фрикциях пациентка ничего не чувствует, и оргазм у нее не наступает. Через

15-20 мин муж может провести повторный половой акт, который продолжается приблизительно 7 мин. Т. е. он проводит 1 или 2 вагинальных половых акта. Она хотела бы попробовать, сможет ли достигнуть оргазма при воздействии на грудь, но муж, как было указано ранее, оставляет эту зону без сколько-нибудь значительного внимания.

Проводят половой акт в миссионерской позе; когда муж находится сзади; стоя; сидя; в позе наездницы («я не могу попасть в ритм, и мне эта поза не нравится»). «После полового акта муж уходит принять душ, а я скрещиваю ноги и кончаю (это бывает не каждый раз, а редко)». Частота половых актов с мужем от 2 раз в неделю до 1 раза в месяц.

Муж любит «садить» ее гениталиями на свое лицо. При этом он видит ее половые органы и проводит куннилингус. (Такую практику, при которой верхний партнер сидит на лице нижнего, обычно иницируя орально-генитальный или орально-анальный контакт, называют «facesitting» (англ.), что часто транслитерируется в фейсситтинг.) Обычно перед этим муж может покатать ее на машине, купить что-то, а потом попросить ее сделать это.

Пробовали использовать фалоимитаторы, но это к разрядке тоже не приводило. Один раз пробовали с мужем найти зону Джи. Мне было очень приятно. Муж хочет добиться, чтобы у нее была эякуляция.

Раньше она имитировала оргазм с мужем (закатывала глаза, стонала, в какие-то определенные моменты могла прижать его или укусить, давала ему понять, что ей очень хорошо). «Я же не хочу обидеть своего мужа». Сначала говорила ему, что не всегда испытывает оргазм (он сам об этом догадывался / знал), а потом сказала, что вообще не испытывает его (это было 0,5 года назад). После этого на некоторое время прекратила имитировать оргазм. Ее признание его очень расстроило, и он посоветовал ей обратиться к врачу. Сама же она не считала и не считает это проблемой. Вначале обратилась к гинекологу, который сказал, что ей в связи с этим следовало проконсультироваться раньше. Затем, однако, все равно продолжила симулировать сексуальное возбуждение: закрывает глаза, шумит. Муж

принимает это за чистую монету: «оргазма нет, но есть сильное сексуальное возбуждение». Супруг относит отсутствие у нее оргазма к своей неспособности вызвать его, т. е. возводит на себя вину, хотя она таких упреков ему никогда не предъявляла.

Он очень состоятельный человек (занимается арендой недвижимости), хорошо ее финансирует, покупает ей вещи. Этого, по его мнению, вполне достаточно. Не считает, что «должен» в сексе. «Мне просто начинает это немножко надоедать, я сама себя могу удовлетворить, но не могу воспользоваться своим телом в контакте с мужчиной» и не испытываю оргазм как другие женщины. Говорит, что любит своего мужа, но физически он ей не нравится. Замуж вышла потому, что любила его, он очень добрый человек, и ей с ним комфортно. «Когда выходила за него замуж, он мне руки целовал, называл богиней и на руках носил», т. е. отношение было совершенно другое. Когда женился на ней, то уже был богатым.

«С психологической точки зрения я стараюсь ублажать мужа, направляю все свои мысли и действия на то, чтобы понравиться ему, забываю при этом о себе. Поэтому у меня нет никакого расслабления».

Помимо мужа, есть еще и любовник, с которым регулярно встречается на протяжении всего периода ее замужества. Она знала его и встречалась с ним еще до замужества, но потом он первый женился. Частота половой жизни с любовником от 1 раза в 2 месяца до 1 раза в 3 месяца. Чаше с ним встречаться не может («у меня семья, у него семья»). Проводят половые акты в гостинице или в машине. Ребенок у нее от мужа. С любовником мне психологически комфортно. Он всегда стремится удовлетворить меня, несмотря на то, что я не могу достичь оргазма. «Он занимается моей грудью, делает все, что не делает муж». Когда любовник массирует клитор пальцем, ей это приятно (муж этого не делает, когда-то пытался, но я не испытала таких ощущений). Он делает это 2 минуты. Когда любовник осуществляет куннилингус, то ей тоже приятно. Она пыталась обучить мужа действовать так же эффективно, но «он не поддается». Муж не знает, что у нее есть

любовник. «Он в сексуальном отношении эгоист, не будет делать то, что мне нравится в сексе». Считает вполне достаточным, что дает ей деньги и покупает вещи.

«Во время интимной близости я еще смотрю на свое отражение в зеркалах, телевизоре, так как для меня очень важно, как я выгляжу. Это меня возбуждает». Данное самонаблюдение заводит ее психологически, а физиологически особо не заводит.

Мастурбация с 11 лет. Вначале мастурбировала 1 раз в месяц, позже (когда уехала от родителей) 1 раз в неделю. В настоящее время (после замужества) частота мастурбации – от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц. С 11 лет до 14 лет было просто приятно, а с 14 лет начал наступать оргазм. Оргазм наступает от сжатия ног. При мастурбации бывает от 2 до 4 оргазмов. Сжатие ног после каждого оргазма возобновляет через 30 сек. Отмечает, что при самостимуляции клитора пальцем не чувствует приятных ощущений, и оргазм при этом не возникает. В 22-23 г. у нее были отношения с мужчиной (10 половых актов), который ей «безумно нравился». Встречались с ним исключительно для интима. Делала ему минет, что ей очень нравилось, глотала сперму (не было неприятно). При минете не заканчивала. Были с ним и вагинальные контакты, при которых оргазм тоже не возникал. В настоящее время при мастурбации воображает, что делает минет этому мужчине. Это ее «заводит». «В это время скрещиваю ноги и начинаю их сжимать». При этом ей нужно занять горизонтальное положение. При сжатии ног оргазм наступает через 1 мин.

Эротические сны имеют место приблизительно с 16 лет. Снятся ласки, поцелуи; не помнит, чтобы снились половые акты. Частота эротических сновидений на протяжении всей жизни 1 раз в 3 месяца.

Платоническое либидо с 1-го класса (с 7 лет). «Был самый красивый мальчик в нашем классе, сидели с ним за одной партой, общались только в пределах школы». **Эротическое либидо** пробудилось в 14 лет. Была его реализация: встречалась с мальчиками (обнималась, целовалась).

Сексуальное либидо пробудилось в 17-18 лет, были соответствующие фантазии.

Первый половой акт (вагинальный) в 16 лет с 25-тиятилетним парнем в машине в его гараже. Ей тогда не понравилось (было больно), из-за чего половой акт был приостановлен. Он лишил ее девственности. Первому половому акту предшествовал полугодичный период встреч с этим парнем. «Потом он сказал, что нужно взрослеть». Был еще ряд половых актов с ним. Только первый половой акт сопровождался болью. Ни один из половых актов так и не завершился оргазмом. Спустя 1-2 месяца после первого полового акта отношения с этим парнем закончились по ее инициативе, так как он ей изменил. Потом были сексуальные контакты еще с 10 мужчинами. С некоторыми из них было всего по 2-3 половых акта, а с одним (тогда ей был 20-21 г.) встречалась 1,5 года. Ни с одним из этих мужчин оргазм так и наступил. В 23 года был половой акт с одним мужчиной. Когда он вставил ей член во влагалище, «меня всю пробрало до дрожи, я не могла шевелиться, было приятно, я никогда не испытывала таких ощущений», но оргазм все же не возник. Кстати, отмечает, что обратилась за сексологической помощью не только по настоянию супруга (это главная причина), но и потому, что вспоминает о половом акте с этим мужчиной. Хотя он ей и не нравился, и его половой член был обычных размеров, она сильно возбудилась. Тогда в интимной обстановке «я просто была расслаблена и не заморачивалась, как я выгляжу».

Половое воспитание. Мать – домашняя хозяйка. Отец в прошлом бизнесмен. Родители с ней на сексуальные темы не разговаривали. Сведения получала из книг («не по сексологии, просто женщина делилась, как нужно правильно жить, как правильно нужно себя вести со своим мужчиной, что приятно, что неприятно, что можно делать, чего нельзя, было там и об эrogenных зонах»). Запугиваний на сексуальную тематику в семье не было. Вместе с тем вспоминает, что у нее с мамой был конфликт, «когда она очень вульгарно оделась». Тогда мать побила ее возле подъезда.

Вспоминает один неприятный эпизод из своей жизни. «Однажды у нас были гости, и мы с младшим братом спали в своей комнате. Ко мне подошел кто-то из гостей (тогда мне было 10-11 лет), сказал, что хочет секса и чтобы я перестала ломаться (я даже не знаю, кто это был, и сколько этому гостю было лет). Но он ничего не сделал». Сразу маме об этом она не рассказала, может быть спустя какое-то время (точно не помнит, рассказала или нет). После этого стала чаще ругаться с мамой по поводу ее гостей.

Месячные с 11 лет, по 5 дней, через 28-30 дней. С самого начала были перепады в регулярности наступления месячных от 2 дней до недели, сейчас могут сдвигаться на 2 дня (при простудах, волнениях, перелетах, сильных конфликтах, переживаниях).

Роды матери ею протекали нормально. Физически и умственно хорошо развивалась. В 7 лет, может чуть раньше, при автомобильной аварии ударилась головой. «Меня к бабкам возили, я не могла четко говорить, заикалась, но никаких медикаментов не принимала, голова не болела». Была ли тошнота и рвота, когда ударились, не помнит. Лежала ли в больнице, не помнит.

Не курит, алкоголь употребляет от 1 раза в день до 1 раза в неделю. «Могу выпить пиво, могу выпить 300 грамм виски» Когда выпьет, сильно возбуждается, хочется секса, но при половом акте все равно не заканчивает. Наркотики не употребляет и не употребляла.

Рост 160 см, масса тела 55 кг, размер бюстгалтера 2,5. Усики нет, гипертрихозов на теле нет. Лобок выбрит. Гинекологически здорова. Хронических заболеваний нет.

Диагноз: Патологический сексуальный стереотип, обусловленный миокомпрессионным типом мастурбации; коитальная аноргазмия.

Рекомендовано: оптимизация эротических воздействий при сексуальных контактах с мужем с учетом ее эрогенных зон, техника «мост», гипносуггестивная терапия.

Как известно, сексуальные дисфункции могут быть психогенными, биогенными и смешанными. В МКБ-10 (последняя международная классификация болезней) и DSM-5 (последняя психиатрическая классификация, принятая в США) приводятся характеристики отдельных сексуальных дисфункций. В повседневной клинической работе речь часто идет о сочетанных сексуальных дисфункциях, что и имело место в нашем клиническом наблюдении (Клинический архив автора, 2018 г.).

Пациента Б., 26 лет, состоит в гражданском браке чуть более полугода. Образование высшее экономическое, работает в IT-компании (занимается отчетностью). Партнеру 24 года, имеет высшее образование (экономическая кибернетика), работает в той же компании аналитиком. Живут с молодым человеком в подаренной ей родителями двухкомнатной квартире. С этим парнем у нее хорошие отношения, она им очень довольна, он ей нравится и физически и психологически. Он был инициатором их встреч. Предварительный период продолжается 15 мин, он делает все, что она просит. Они обручены.

Жалобы. Предъявляет жалобы на то, что при половом акте не может расслабиться, увлажнение влагалища может вообще отсутствовать, а если и есть, то редко и очень слабо выражено. Также имеют место болевые ощущения при половом акте и начальные проявления сексуального возбуждения, оргазм отсутствует. Половое влечение снижено. Когда есть смазка (своя или искусственная), то боли при половом акте отсутствуют, однако в этом случае имеют место просто тактильные ощущения, а приятные эротические отсутствуют. При активном расспросе жалуется на довольно частые головные боли, что связано с проблемами в шейном отделе позвоночника.

Сексологический анамнез. Названные нарушения возникли в 17-18 лет, а до этого было все нормально. Один раз в 15-тилетнем возрасте даже точно имел место оргазм. Тогда очень испугалась, так как было «ощущение, что падаю куда-то в пропасть». Поэтому прилагала усилия, чтобы прийти в себя.

В возрасте около 16 лет начала встречаться с 23-летним мужчиной, в которого влюбилась. Он был на 8 лет старше ее. С самого начала их отношений он стал упрекать ее, что в таком возрасте она уже не девственница («промывал мозги»). Внушал, что это аморально, и она должна благодарить его за то, что он с ней встречается. «Я думал, что нашел свой цветок, а оказалось дерьмо», «Я тебя из грязи вытащил». Но, тем не менее, продолжал с ней жить половой жизнью. Когда он уже «обвалил» ее желание жить с ним половой жизнью, говорил: «Я живой, я трахаться хочу». В течение первого полугодия их встреч он «обрушил» ее сексуальность. Всего они встречались 3 года. Когда она ушла от него (бросила его), предлагал ей родить для него ребенка и отдать ему. В дальнейшем, однако, она не должна и не будет иметь какого-либо отношения к этому ребенку. В итоге он сошелся с одной женщиной с 4 детьми, которая их бросила и родила ему ребенка.

Затем в возрасте 18 лет пациентка поступила в университет и переехала жить в Харьков. В течение 2-х лет после переезда в Харьков испытывала враждебные отношения к мужчинам. Были «проверочные встречи» с двумя парнями, с каждым из которых было по 2 половых акта, которые убедили ее в том, что ее сексуальные проблемы не нивелировались. Вскоре после поступления в университет в его общежитии по ее инициативе вступила в интимные отношения с соседкой по комнате. Через некоторое время они переехали на квартиру, которую вместе снимали, где их интимные отношения продолжились. Их сексуальные отношения описывает следующим образом. Были ласки, поцелуи, пациентка стимулировала клитор девушки языком (утверждает, что делала это всего 1 или 2 раза с целью эксперимента). Обычно спали вместе в пижамах и только 1 или 2 раза разделись (?). Эта девушка, которая была влюблена в пациентку, являлась ее одногодкой. Вступление в интимные отношения с девушкой объясняет следующим. Хотела проверить, что если с мужчинами в сексе плохо, то может быть с женщиной будет нормально, хотя полового влечения к лицам

женского пола не испытывала. На протяжении этих 7 лет неоднократно знакомилась с парнями, но они ее раздражали. Только с несколькими были ласки поцелуи, а с другими нет. За это время, как отмечено нами ранее, были половые акты только с двумя парнями. После 7 лет совместной жизни с этой девушкой гомосексуальное влечение, как она утверждает, так и не развилось. Потом пришла к выводу о бесперспективности дальнейших гомосексуальных отношений и начала встречаться со своим нынешним партнером, с которым познакомилась в мае 2017 г.

Мастурбация с 25 лет. Вначале стимулировала пальцем клитор. Оргазм наступил во время второй мастурбации. Это был «физический оргазм», который проявлялся сокращением мышц тазового дна. Психический компонент оргазма отсутствовал. Потом при мастурбации он наступал постоянно. Два последних месяца 2 раза в неделю мастурбирует с использованием душа.

Характеристика оргазма в настоящее время. «Он возникает только при мастурбации. Сокращаются мышцы промежности. Тогда появляется мысль, что я не безнадежна, и она меня радует». Происходит от 3 до 5 сокращений с интервалом приблизительно в 1 сек. При этих сокращениях бывает приятно: «очень легкие теплые волны, но в голову они не добивают». Т. е. речь идет об отсутствии психического компонента оргазма.

Платоническое либидо с 12 лет. Начали нравиться мальчики, девочки не привлекали, *эротическое либидо* пробудилось тоже в 12 лет, а *сексуальное* – в 14.

Эротические сновидения были 2 года назад. Они заканчивались предварительным периодом, так как боялась вагинального проникновения из-за того, что будет больно. В настоящее время такие сны не снятся, во всяком случае она о них не помнит.

Первый половой акт по ее инициативе с одноклассником в 14-15 лет, который ей нравился. Через некоторое время она переехала в другой город и оттуда приезжала к нему в гости. Так продолжалось приблизительно в

течение 1 года. Потом изменила ему потому, что он был очень спокойный. Путем измены и рассказа ему о ней она хотела «вывести его на какие-то эмоции». Кроме этого парня, было еще 4-5 человек, с которыми совершила от одного до нескольких половых актов. Потом начала встречаться с мужчиной, который ее сексуально «обрушил».

Половое воспитание в семье не проводилось. Изнасилований и попыток к изнасилованию не было. Не было по отношению к ней и развратных действий.

Курит около 10 лет, из них полгода электронные сигареты. Сейчас употребляет 1 раз в неделю 0,5 стакана некрепленого вина. Раньше в такой дозе употребляла его 4 раза в неделю. Это несколько уменьшает ее головную боль. Наркотики не употребляет.

Рост 167 см, масса тела 59 кг, второй размер бюстгалтера. Усики не растут. На ногах и лобке лазерная эпиляция. На руках волос практически не видно, хотя эпиляция и не производилась. Оволосение лобка (анамнестически) по женскому типу. Месячные с 11 или 12 лет, с самого начала регулярные, сейчас тоже регулярные, в течение 3-4 дней через 28 дней. Месячный цикл устойчив по отношению к различным неблагоприятным воздействиям. У нее и ее партнера обнаружена уреаплазма. В связи с этим они периодически проходят лечение, что отражается на ритме их половой жизни.

Диагноз: Психогенное сексуальное расстройство; симптомы ослабленного либидо, гиполюбрикации (обусловливающей гениталгии), парциального оргазма (отсутствует его психический компонент).

Можно предположить, что пережитый пациенткой в 15 лет полноценный оргазм в результате психотравматизации не получил своего дальнейшего развития и был редуцирован до оргазма, который лишен своего психологического компонента.

Рекомендовано: гипноусуггестивная терапия, использование искусственных смазок, техника «мост», гизазепам по 0,02 г за 1,5 часа до полового акта.

Список литературы

1. Васильченко Г. С. Метод структурного анализа сексуальных расстройств // *Общая сексопатология: Руководство для врачей* / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 392–416.
2. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 912 с.
3. Кочарян Г. С. Расстройства оргазма: определения и распространенность // *Здоровье мужчины*. – 2017. – №2 (61). – С. 92–96.
4. Рожановская З. В. Медико-биологическое и социально-психологическое значение женского оргазма // *Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: тезисы докладов III областной научно-практической конференции сексопатологов* (Харьков, 15 мая 1987). – Харьков, 1987. – С. 20–22.
5. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств / Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
6. Laumann E. O., Paik A., Rosen R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors // *Journal of the American Medical Association*. – 1999. – 281 (6). – P. 537–544.
7. Meston C. M., Hull E., Levin R. J., Sipski M. Disorders of orgasm in women // *J Sex Med*. – 2004. – 1 (1). – P. 66–68.

References

1. Vasilchenko G. S. Metod strukturnogo analiza seksualnykh rasstroystv // *Obshchaya seksopatologiya: Rukovodstvo dlya vrachey* / Pod red. G. S. Vasilchenko. – M.: Meditsina. 1977. – S. 392–416.
2. Klinicheskoye rukovodstvo po psikhicheskim rasstroystvam / Pod red. D. Barlow – 3-e izd. – SPb.: Piter. 2008. – 912 s.
3. Kocharyan G. S. Rasstroystva orgazma: opredeleniya i rasprostranennost // *Zdorovye muzhchiny*. – 2017. – №2 (61). – S. 92–96.

4. Rozhanovskaya Z. V. Mediko-biologicheskoye i sotsialno-psikhologicheskoye znachenije zhenskogo orgazma // Sotsialno-psikhologicheskije i meditsinskiye aspekty braka i semi: tezisy dokladov III oblastnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii seksopatologov (Kharkov. 15 maya 1987). – Kharkov. 1987. – S. 20–22.
5. Yarhouse M. A., Tan E. S. N. Seksualnost i psikhoterapiya seksualnykh rasstroystv / Per. s angl. – Cherkassy: Kollokvium. 2016. – 371 s.
6. Laumann E. O., Paik A., Rosen R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors // Journal of the American Medical Association. – 1999. – 281 (6). – P. 537–544.
7. Meston C. M., Hull E., Levin R. J., Sipski M. Disorders of orgasm in women // J Sex Med. – 2004. – 1 (1). – P. 66–68.

Библиографическая справка о статье: Кочарян Г. С. Психогенные сексуальные дисфункции у женщин: клинические наблюдения // Психологічне консультування і психотерапія. – 2018. – 9. – С. 70–77.

Общие сведения об авторе, его статьи и книги (в свободном доступе) представлены на его персональном веб-сайте gskochar.narod.ru