

УДК: 616.89-008.442-055.2

Вагинизм: частота, определения, диагностические критерии, формирование

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье приводятся частота вагинизма, его определения и критерии, которые представлены в энциклопедических источниках, Международной классификации болезней 10-го и 11-го пересмотров (МКБ-10 и МКБ-11), Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (США) (ДСР-5), а также в публикациях некоторых авторов. Сообщается, что если в МКБ-10 психогенные и биогенные варианты вагинизма представлены отдельно, то в МКБ-11 разграничение сексуальных дисфункций на психогенные и органические было упразднено. В МКБ-11 мозг и тело рассматриваются как единое целое, при этом считается, что сексуальные дисфункции связаны с взаимодействием физических и психологических факторов. Таким образом, было отменено различие между органическим и неорганическим, а органические и неорганические расстройства были объединены.

В МКБ-11 вагинизм был реклассифицирован в сексуальное расстройство, связанное с болью при проникновении [sexual pain penetration disorder] без разделения его на органические и неорганические формы, и имеет единый шифр HA20. Диагноз «диспареуния» в МКБ-11 сохранился, но без разделения ее на неорганические и органические варианты. В ДСР-5 используется термин «генитально-тазовая боль / расстройство пенетрации» («genito-pelvic pain/penetration disorder»). В данном случае речь идет о совокупном диагнозе, объединяющем вагинизм и диспареунию. Решение о целесообразности использования в данной классификации такого обобщенного диагноза было принято со ссылкой на тот факт, что обе названные сексуальные дисфункции являются в высокой степени коморбидными и трудно различимыми. Также в статье называются мышцы, которые вовлекаются в процесс сокращения при вагинизме, и обсуждается возможность существования у людей феномена пленения члена (penis captivus). Кроме того, подробно перечисляются социогенные, психогенные и соматические факторы, которые могут принимать участие в формировании характеризуемой патологии.

Ключевые слова: вагинизм, частота, определения, критерии, формирование.

Vaginismus: frequency, definitions, diagnostic criteria, formation

G.S. Kocharyan

The article deals with the frequency of vaginismus, its definitions and criteria, which are presented in encyclopaedical sources, the International Classification of Diseases, 10th and 11th Revisions (ICD-10 and ICD-11), the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (USA) (DSM-V), as well as in publications made by some authors. It is reported that while ICD-10 presents psychogenic and biogenic variants of vaginismus separately, in ICD-11 the differentiation of sexual disorders into psychogenic and organic ones is cancelled. ICD-11 considers the brain and body as a unity, sexual dysfunctions being caused by an interaction of physical and psychological factors. In this way, a difference between the organic and inorganic is eliminated, organic and inorganic disorders being united.

In ICD-11 vaginismus is reclassified into sexual pain-penetration disorder without dividing it into organic and inorganic forms and has its united code, HA20. The diagnosis “dyspareunia” in ICD-11 is preserved, but it is not divided into inorganic and organic variants. DSM-V uses the term “genito-pelvic pain/penetration disorder”. In this case it means a combined diagnosis, which unites vaginismus and dyspareunia. The decision about expediency of using such a generalized diagnosis in this classification is taken on the ground of the fact that both above sexual dysfunctions are highly comorbid and hardly differentiated from each other. Also the article lists the muscles, involved in the process of contraction in vaginismus, and discusses the possibility of existence of the phenomenon of capture of penis (penis captivus) in people. Besides, sociogenic, psychogenic and somatic factors, which can participate in the formation of the characterized pathology, are listed in detail.

Keywords: vaginismus, frequency, definitions, criteria, formation.

Вагінізм: частота, визначення, діагностичні критерії, формування

Г.С. Кочарян

У статті наводяться частота вагінізму, його визначення і критерії, які надаються в енциклопедичних джерелах, Міжнародній класифікації хвороб 10-го і 11-го переглядів (МКХ-10 і МКХ-11), Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів 5-го перегляду (США) (ДСР-5), а також у публікаціях деяких авторів. Повідомляється, що якщо в МКХ-10 психогенні і біогенні варіанти вагінізму представлені окремо, то в МКХ-11 розмежування сексуальних дисфункцій на психогенні і органічні було скасовано. У МКХ-11 мозок і тіло розглядаються як єдине ціле, при цьому вважається, що сексуальні дисфункції пов'язані із взаємодією фізичних і психологічних факторів. Таким чином, було скасовано відмінність між органічним і неорганічним, а органічні і неорганічні розлади були об'єднані.

У МКХ-11 вагінізм був рекласифікований у сексуальний розлад, що пов'язаний з болем при проникненні [sexual pain-penetration disorder] без поділу його на органічні і неорганічні форми, і має єдиний шифр HA20. Діагноз «диспареунія» в МКХ-11 зберігся, але без поділу її на неорганічні і органічні варіанти. У ДСР-5 використовується термін «генітально-тазовий біль / розлад пенетрації» («genito-pelvic pain / penetration disorder»). У даному випадку мова йде про сукупний діагноз, який поєднує вагінізм і диспареунію. Рішення про доцільність використання такого узагальненого діагнозу в даній класифікації було прийнято з посиланням на той факт, що обидві названі сексуальні дисфункції є у високому ступені коморбідними і важко розрізняються. Також у статті названі м'язи, які залучаються до процесу скорочення при вагінізмі, і обговорюється можливість існування у людей феномена полону члена (penis captivus). Крім того, докладно перелічено соціогенні, психогенні і соматогенні фактори, які можуть брати участь у формуванні зазначеної патології.

Ключові слова: вагінізм, частота, визначення, критерії, формування.

В русскоязычной версии Википедии вагинизм определяется как состояние, отрицательно влияющее на возможность (для женщины) вагинального проникновения при сексуальном контакте, гинекологическом обследовании и введении тампонов. Далее отмечается, что это является ре-

зультатом непроизвольного неконтролируемого сокращения лобково-копчиковой мышцы, и непроизвольное сокращение мышц влагалища происходит неожиданно. Это делает любое вагинальное проникновение, в том числе сексуальное, весьма болезненным либо совсем невозможным [1].

В англоязычной версии Википедии со ссылкой на другие публикации вагинизм определяется как состояние, при котором непроизвольный мышечный спазм мешает вагинальному половому акту или другому проникновению во влагалище. Это часто приводит к боли при попытках совершить коитус. Часто вагинизм начинается при первой попытке вагинального полового акта [80].

Исторические данные

В.И. Здравомылов и соавт. [2] сообщают, что термин «вагинизм» впервые был предложен английским гинекологом Marion Sims в 1861 году. Под этим термином он подразумевал «болезненные спазматические сокращения входа во влагалище». За год до этого клиническую картину данного заболевания на заседании Эдинбургского медицинского общества представил Simpson (1860), который предложил для обозначения этого состояния термин «вагинодиния». Первым, как отмечают цитируемые авторы, эту патологию под названием «спазматическое сжатие сфинктера влагалища» описал J. Huguier (1834), а несколько позже – Dupuytren (1839) [2]. Существуют и другие данные о том, когда впервые была описана эта патология. Так, Jeng Cherng-Jue [23] сообщает, что это случилось в 1547 году.

Обращаясь к истории, Tessa Crowley и соавт. [26] отмечают, что американский гинеколог Джеймс Марион Симс (James Marion Sims), обращаясь к акушерскому обществу Лондона в 1862 году, впервые ввел термин «вагинизм», описывая одну из своих пациенток: «Но самым замечательным в ее истории был факт, что она оставалась девственницей, несмотря на то, что в течение четверти века была замужем. Среди других расследований ее случая я попытался сделать вагинальное обследование, но полностью потерпел неудачу. Малейшее прикосновение к влагалищу вызывало сильнейшие страдания. Ее нервная система была в сильном волнении; было общее мышечное возбуждение; все ее тело дрожало, как будто с перерывами. Она громко вскрикнула, ее глаза дико сверкали, слезы катились по ее щекам, и она представляла собой самый жалкий вид ужаса и агонии. Несмотря на все эти внешние невольные свидетельства физических страданий, у нее хватило моральной стойкости, чтобы удержаться на кушетке, и она умоляла меня не отказываться от любых усилий, если есть хотя бы малейшая надежда узнать что-нибудь о ее необъяснимом состоянии. Надавнив изо всех сил в течение нескольких минут, мне удалось ввести указательный палец во влагалище до второго сустава, но не дальше. Сопrotивление его прохождению было настолько велико, а вагинальное сокращение настолько сильным, что притупляло ощущение пальца, и, таким образом, осмотр выявил только непреодолимый спазм сфинктера влагалища». В качестве лечения Sims рекомендовал удаление девственной плевы и использование стеклянного бужа.

Частота

Существуют весьма различающиеся данные о частоте вагинизма. Так, в частности, сообщается [80], что по материалам одного учебника этим заболеванием страдает 0,5% женщин [35]. R. Ashouг и соавт. [11] отмечают, что вагинизм поражает до 1% женского населения и часто представляет собой физическое проявление основной психологической проблемы.

Р. Крукс, К. Баур [4] отмечают, что, по оценкам специалистов (Renshaw, 1990), около 2% женщин страдают вагинизмом. У. Мастерс и соавт. [5] пишут, что частота вагинизма среди женщин неизвестна, но по их данным она составляет менее 10% всех половых расстройств у женщин, а страдают им от 2 до 3% молодых женщин.

А.И. Федорова, С.В. Екимов [8] сообщают, что вагинизм встречается у 2–4% женщин репродуктивного возраста, а

также о том, что по обобщенным результатам исследований частота выявления вагинизма колеблется от 5 до 47% среди женщин, предъявляющих сексуальные жалобы, с большими различиями в разных культурах.

М.Е. Норе и соавт. [46] отмечают, что, несмотря на отсутствие единого мнения относительно точного определения частоты вагинизма, уровень его распространенности колеблется от 4,2 до 42%. Также приводятся данные, согласно которым вагинизмом страдает приблизительно 1–7% женщин во всем мире [21, 61]. Одно исследование в Марокко показало, что 6,2% женщин сообщили о вагинизме [50].

А.М. Свядош [7] отмечает, что легко выраженные временные явления вагинизма, по поводу которых больные обычно не обращаются, часто из-за стыдливости, когда-либо отмечались у 10% женщин, которые живут половой жизнью. Обследование женщин, посещающих клинику планирования семьи в Иране, показало, что 12% из них страдают вагинизмом не менее 50% времени, а 4% – всегда [71].

Ссылаясь на различные данные, Tessa Crowley и соавт. [26] сообщают, что вагинизм считается одной из наиболее распространенных женских психосексуальных дисфункций. Его диагностировали у 25% женщин, посещающих лондонскую клинику мочеполовой медицины (London Genitourinary (GU) medicine clinic) [39]. Частота выявления этого расстройства в клиниках сексуальной дисфункции варьирует от 5 до 17% [14, 22, 42, 45, 56, 66]. Опрос 49 гинекологов в Голландии определил, что вагинизм составляет 4,2% всех сексуальных проблем или проблем, наблюдаемых в течение одной недели [37]. Завершая анализ распространенности вагинизма, представленный различными авторами, Tessa Crowley и соавт. [26] отмечают, что уровень распространенности вагинизма среди ирландских женщин, посещающих клинику по лечению сексуальной дисфункции, был намного выше – 42% [58].

Частота выявления вагинизма может значительно различаться в разных странах и в различных культурах. Z. Marshania [55] в связи с этим приводит высказывание J. Barns [15], который сообщает, что вагинизм – крайне редкое заболевание в Северной Америке и в большинстве стран Западной Европы, но это не редкость в Ирландии, Восточной Европе и Латинской Америке. Подчеркивается, что высокая распространенность вагинизма в Ирландии может быть результатом уникальных для ирландской культуры факторов [82].

Более поздние исследования выявили еще большую, чем в Ирландии, частоту вагинизма у женщин, которые обратились за помощью в связи с сексуальными дисфункциями, что также связывают с влиянием культуральных факторов. Так, Z. Marshania [55] отмечает, что в их клинике за последние четыре года вагинизм был диагностирован у 55% из 202 пациенток. Автор считает, что это обусловлено социокультурными факторами, а именно тем, что грузинские женщины до брака воздерживаются от секса. О еще более высоком проценте вагинизма, превышающем 70% в турецких клиниках, сообщают С. Tugrul и Е. Kabakci [79]. Они связывают это с культуральными факторами, когда существует табу на обсуждение секса с незамужними девушками, а девственность невесты имеет решающее значение.

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

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

2. Его частота связана с культуральными факторами. В сексуально эмансипированных странах вагинизм встречается гораздо реже, чем в тех, где существует жесткое отношение к добрачной сексуальной активности женщин, а также отсутствует адекватное сексуальное воспитание.

Определения вагинизма и его критерии в научной литературе и современных классификациях

Существуют определения вагинизма и представления о нем, согласно которым его следует относить к сугубо психогенным феноменам. Так, А.М. Свядош [7] пишет: «Вагинизмом (от лат. vagina – влагалище) называют непроизвольное судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна, возникающее под влиянием боязни полового акта или гинекологического обследования. При этом иногда судорожно сокращаются и мышцы бедер, а также брюшной стенки». Автор сообщает и о возможности судорожного сокращения мышц, исключающего вагинальное проникновение, которое может быть не только при вагинизме, но и вследствие боли в гениталиях, обусловленных гинекологической патологией. «В этих случаях, оно носит характер защитной безусловно-рефлекторной реакции и в отличие от вагинизма может быть названо псевдовагинизмом».

А.И. Федорова, С.В. Екимов [8], обсуждая проблему возникновения спазма мышц входа во влагалище вследствие наличия гинекологической патологии, сообщают о возможности развития психогенного охранительного спазма. Они отмечают, что все расстройства, изначально препятствующие проведению полового акта, следует относить к другим рубрикам (плотная девственная плева – N89.6, стриктура и атрезия влагалища – N89.5, послеоперационные спайки влагалища – N99.2 и др.).

Цитируемые авторы [8] считают, что феномен вагинизма может быть исключительно психогенным. Они утверждают, что «спазм мышц входа во влагалище во всех случаях, даже на фоне органических препятствий – психогенная реакция. Невозможность же полового акта вследствие различных препятствий, вызванных заболеваниями половых органов, следует шифровать в соответствии с их нозологией. В дополнении к ним может выставляться диагноз вагинизма, который означает присоединение психогенной реакции спазма вагинальных мышц».

Также эти авторы совершенно справедливо полагают [8], что такой общий критерий сексуальных дисфункций МКБ-10, как возможность постановки диагноза только спустя 6 мес их существования, не может быть признан целесообразным, так как чем раньше начато лечение вагинизма, тем выше его эффективность и меньше шансов для возникновения дополнительных психогенных наслоений. По нашему мнению, необходимость существования для установления диагноза такого длительного временного ограничителя нецелесообразно по отношению к различным сексуальным дисфункциям, так как отказ от лечения расстройства на ранних сроках может вести к его хронизации и ухудшению качества жизни человека на довольно продолжительный период времени.

В классификации психических и поведенческих расстройств Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) вагинизм неорганической природы (F52.5) определяется как спазм окружающих влагалище мышц, вызывающий окклюзию его открытия. Сообщается, что введение члена невозможно или причиняет боль. Вагинизм может представлять собой и вторичную реакцию на локально обусловленную боль, и в таком случае эту рубрику не следует применять [6]. С этой целью используется шифр N94.2 («вагинизм»), где речь идет о вагинизме органического генеза.

В Международной классификации 11-го пересмотра, которая начнет внедряться с 2022 года, произошел ряд изменений. Среди них существенные инновации коснулись состояний, связанных с сексуальной сферой. Основным изменением было перенесение сексуальных дисфункций из «Психических и поведенческих расстройств» в отдельный раздел «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем», который включает сексуальные дисфункции, сексуальные болевые расстройства, парафилические расстройства и гендерное несоответствие, а также ряд других состояний [62, 63, 78, 83].

Ряд категорий МКБ-10, включая сексуальные расстройства, основывался на картезианском разделении «органических» (физических) и «неорганических» (психических) состояний. Таким образом, сексуальные дисфункции, которые считались неорганическими, были включены в главу о психических расстройствах, в то время как те, которые относили к органическим, по большей части были перечислены в главе, посвященной заболеваниям мочеполовой системы. В МКБ-11 мозг и тело рассматриваются как единое целое, при этом считается, что сексуальные дисфункции связаны с взаимодействием физических и психологических факторов. Таким образом, было отменено различие между органическим и неорганическим, а органические и неорганические расстройства были объединены [64, 80].

В последней американской классификации сексуальных расстройств 2013 года, которая нашла отражение в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-V) [30], используется термин «генитально-тазовая боль / расстройство пенетрации» («genito-pelvic pain/penetration disorder» – 302.76). В данном случае речь идет о совокупном диагнозе, объединяющем вагинизм и диспареунию. Решение о таком обобщенном диагнозе было принято в данной классификации со ссылкой на тот факт, что обе названные сексуальные дисфункции являются в высокой степени коморбидными и трудно различимыми. Можно перечислить целый ряд публикаций, в которых приводятся данные о трудности различения вагинизма и диспареунии. Так, М.Е. de Kruiff и соавт. [28], обследовав 30 пациенток, направленных в амбулаторную клинику психосоматической гинекологии и сексологии с тем или иным из указанных диагнозов, пришли к выводу, что ни интервью, ни физикальное обследование не дали полезных критериев, позволяющих отличить вагинизм от диспареунии. Мысли о трудности дифференциации вагинизма и диспареунии высказываются и другими авторами [52]. На основании этого предлагалось объединить диагнозы вагинизма и диспареунии в единый диагностический объект, называемый «генитально-тазовая боль / расстройство пенетрации» («genito-pelvic pain/penetration disorder») [18].

В DSM-V выделяют следующие критерии этого объединенного расстройства [30]:

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

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

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

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

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

Рекомендуется выделять расстройства, существующие с начала половой жизни (lifelong) или возникшие после периода

относительно нормального сексуального функционирования (acquired), а также указывать степень их тяжести, ориентируясь на испытываемый пациентками дистресс (слабый, умеренный, тяжелый). Трудность, связанная с вагинальным половым актом/проникновением (критерий A1), может варьироваться от полной неспособности к вагинальному проникновению в любой ситуации (половое сношение, гинекологическое обследование, тампонирование) до способности легко возникать в одной ситуации, но не появляться в другой [30].

Боль может возникать в разных местах генитального отдела таза. Оценивается локализация боли, а также ее интенсивность. Боль может быть как поверхностной (вульвовагинальная или возникающая во время проникновения), так и глубокой (тазовой, то есть не ощущаемой до более глубокого проникновения). Боль в области тазового дна может возникать не только при половом акте или механической стимуляции, но и спонтанно. Также рекомендуется характеризовать характер боли (например, гнущая, режущая, стреляющая, пульсирующая). Боль может сохраняться в течение некоторого периода времени после полового акта, а также возникнуть при мочеиспускании [30].

При оценке характеризуемого расстройства необходимо учитывать пять факторов, которые могут указывать на его этиологию и нацеливать на соответствующее лечение [30]:

1. Партнерские факторы (например, сексуальные проблемы партнера и состояние его здоровья).
2. Факторы, связанные с отношениями сексуальных партнеров (например, плохая коммуникация, различия в частоте возникновения желания сексуальной активности).
3. Индивидуальные факторы уязвимости (например, негативный образ тела, история сексуального или эмоционального насилия), сопутствующая психическая патология (например, депрессия, тревожность) или воздействие стрессоров (например, потеря работы, утрата близкого человека).
4. Культурные / религиозные факторы (например, запреты на сексуальную активность; отношение к сексуальности). Так, сообщается, что в такой мусульманской стране, как Турция, отмечается чрезвычайно высокая частота этого расстройства.
5. Медицинские факторы, относящиеся к прогнозу, течению расстройства или его лечению.

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

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

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

Сексуальное расстройство, связанное с болью при проникновении, характеризуется, по крайней мере, одним из симптомов:

- 1) выраженными и постоянными или повторяющимися трудностями с проникновением, в том числе из-за непроизвольного сжатия или напряжения мышц тазового дна во время попытки проникновения;
- 2) выраженной и постоянной или повторяющейся вульвовагинальной или тазовой болью при проникновении;
- 3) выраженным и постоянным или повторяющимся страхом или беспокойством по поводу вульвовагинальной или тазовой боли в ожидании, во время или в результате проникновения [40].

Эти симптомы повторяются во время сексуальных взаимодействий, включающих проникновение или потенциально связанных с ним [предполагающих его возможность], несмотря на адекватное сексуальное желание и стимуляцию; не полностью связаны с заболеванием, которое отрицательно влияет на область таза и приводит к генитальной и/или проникающей боли или к психическому расстройству; не полностью связано с недостаточной вагинальной смазкой или постменопаузальными / возрастными изменениями и связаны с клинически значимым дистрессом. Исключаются диспареуния (GA12) и боль, связанная с вульвой, влагалищем или тазовым дном (GA34.0) [40].

Сексуальное расстройство, связанное с болью при проникновении (HA20), подразделяется на [40]:

Пожизненное генерализованное (HA20.0)

Человек всегда испытывал боль в области гениталий и таза или расстройство проникновения с момента начала соответствующей сексуальной активности, и желаемая реакция в настоящее время отсутствует или уменьшается при любых обстоятельствах, включая мастурбацию.

Пожизненное ситуативное (HA20.1)

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

Приобретенное генерализованное (HA20.2)

Возникновение боли в области гениталий и таза или нарушение пенетрации возникло не с начала половой жизни, а спустя некоторый период времени. Желаемый ответ в настоящее время отсутствует или уменьшается при любых обстоятельствах, включая мастурбацию.

Приобретенное ситуативное (HA20.3)

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

Неуточненное (HA20.Z)

При сопоставлении основных критериев genito-pelvic pain/penetration disorder в DSM-V, где речь идет о совокупном диагнозе вагинизма и диспареунии, и sexual pain penetration disorder в МКБ-11, где речь идет только о вагинизме, каких-либо отличий между этими критериями, как следует из представленного выше материала, выявить не удастся, несмотря на существование в МКБ-11 отдельной рубрики «диспареуния». Кроме того, можно отметить трудности однозначного перевода на русский язык приведенных выше на английском языке названий соответствующих диагностических рубрик.

А.И. Федорова, С.В. Екимов [8] приводят следующие критерии вагинизма:

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

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

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

4. Вагинизм – сексуальное расстройство, в основе которого лежат нарушения сексуального функционирования, в

частности неприятие полового акта, сексуального партнера, неадекватные представления о сексуальной функции и строении гениталий, обусловленные нарушениями психосексуального развития, негативным сексуальным опытом и другими причинами. Диагноз ставится тогда, когда симптомы не могут быть целиком приписаны другому психическому и поведенческому расстройству в МКБ-10, соматическому заболеванию или лекарственной терапии.

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

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

Мышцы, которые вовлекаются в процесс сокращения при вагинизме

При вагинизме в процесс сокращения вовлекаются различные мышцы.

Это мышцы влагалища, тазового дна, бедер. Считается, что лобково-копчиковая мышца (the pubococcygeus muscle) является основной мышцей, участвующей в вагинизме. Тем не менее Расік (Пачик) идентифицировал у людей еще две дополнительно задействованные спазмированные мышцы. К ним относятся входная мышца (бульбокавернозная [bulbocavernosum]) и срединно-влагалищная мышца (пуборектальная мышца [puborectalis]). Спазм входной мышцы является причиной феномена, который случается при попытке совершения полового акта. Пациентки заявляют: «Это похоже на удар о кирпичную стену» [60, 80].

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

В.И. Здравомылов и соавт. [2] сообщают, что М. Walthard отмечал возможность возникновения при вагинизме целого комплекса рефлекторных движений:

- 1) приведение бедер и поворот их внутрь;
- 2) лордоз позвоночника;
- 3) замыкание тазового выхода;
- 4) смещение всего тела.

Приведение бедер происходит вследствие судороги больших приводящих бедренных мышц (m. adductor femoris magnus), которые ранее образно называли «стражами девственности» (m. custus virginum). Невозможность интроитуса возникает вследствие судорожного сокращения мышц тазового дна (m. levator ani, m. sphincter ani, m. transversi perinei profundus et superficialis), особенно m. bulbocavernosus.

В.И. Здравомылов и соавт. [2] высказывают свое несогласие с мнением ряда авторов (А.М. Свядоц, R. Hofstatter, P. Friedlander и др.), которые считают, что при вагинизме иногда могут сокращаться и мышцы брюшной стенки. Это несогласие аргументируется заявлением, что группа мышц

тазового дна и промежности является прямым антагонистом мышц брюшной стенки. При напряжении последних мышцы тазового дна и промежности расслабляются, а половая щель и анус приоткрываются.

Однако дискуссия по этому вопросу продолжается. Так, А.И. Федорова, С.В. Екимов [8] сообщают, что о глубине поражения при вагинизме может свидетельствовать генерализация симптоматики. Попытка влагалищной интроекции вызывает «не только спазм мышц входа во влагалище и тазового дна, сопровождающийся болью, но и рефлекторное сведение бедер, сокращение мышц брюшной стенки, судороги, изгибание и другие защитные движения тела. Иногда вместе с этим наблюдаются вегетативные компоненты страха: кожа бледнеет, выступает пот». О вовлечении при вагинизме мышц живота сообщает и Jeng Cherng-Jye [23]. Автор отмечает, что в тяжелых случаях вагинизма могут быть задействованы приводящие мышцы бедер, *прямые мышцы живота* и ягодичные мышцы.

Феномен пленения члена (penis captivus)

Существуют и другие разногласия. Так, В.И. Здравомылов и соавт. [2] сообщают, что в случае тяжелого приступа вагинизма может наступить penis captivus (пленение полового члена). Это может быть вызвано сильным спазмом мышц тазового дна, которое приводит к сильному сжатию основания пениса, в результате чего мужчина не имеет возможности извлечь его из влагалища. Так как артерии полового члена расположены более глубоко по сравнению с венами, а артериальное давление во много раз сильнее венозного, то кровь продолжает поступать в пещеристые тела пениса, в то время как ее отток полностью прекращается. Это ведет к резкому увеличению объема полового члена, что еще более затрудняет возможность его выведения. Резкие попытки мужчины освободить плененный член еще больше усиливают спазмы у женщины. Боль может достигать большой силы и довести мужчину до крика и требования врачебной помощи.

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

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

А.И. Федорова, С.В. Екимов [8] считают, что характерный для вагинизма спазм мышц влагалища особой силы может развиться уже после введения полового члена – мифом. По их мнению, невозможность подобной ситуации определяется строением женских и мужских половых органов, в которых нет структур, способных создать «захват», как это может произойти, в частности, у спаривающихся собак. Стойкость этого мифа авторы объясняют наличием «страха кастрации» у мужчин, связанного с вагинальным проникновением (пресловутая фрейдовская «vagina dentata» – «зубастое влагалище»).

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

В 1980 году в British Medical Journal сообщалось о явном случае penis carptivus [57]. В опубликованном в этом журнале письме доктор Брендан Масгрейв (Brendan Musgrave) сообщил, что в 1947 году, когда он был houseman в больнице округа Ройял Айл-оф-Уайт (the Royal Isle of Wight County Hospital), то наблюдал случай этого редкого состояния. «Я отчетливо помню, как подъехала скорая помощь, и двух молодых людей, по-моему, молодоженов, которых, как мне кажется, несли на одних носилках в отделение неотложной помощи. Женщине был введен анестетик, и они были выписаны позже тем же утром». Чтобы проверить достоверность своих воспоминаний, доктор Масгрейв позвонил своему старому другу – доктору С.В. Вулфу (S. W. Wolfe), который был в то время другим houseman в этой же больнице. Он подтвердил эту историю. Его точные слова были: «Я хорошо это помню» [57].

Kräupl K. Taylor [77] сообщает, что о возможности существования пленения члена свидетельствуют две статьи немецких гинекологов девятнадцатого века – Сканцони (Scanzoni) (1870) и Хильдебрандта (Hildebrandt) (1872), которые лично имели дело со случаями состояния, «не оставляющего сомнений в реальности этого необычного симптома», который, однако, «настолько редок, что часто рассматривается в настоящее время как не более чем похотливый миф». Пациенткой Сканцони была здоровая молодая женщина, которая была замужем 6 мес. Ее мужу в течение некоторого времени приходилось воздерживаться от полового акта, потому что это всегда приводило к спастическим вагинальным сокращениям у его жены, что несколько раз заканчивалось спазмом мышц constrictor cunni, который иногда длился более десяти минут и делал невозможным разделение пары [68].

Второй и наиболее полный отчет о пленении полового члена представил Hildebrandt (Хильдебрандт) [44]. Под его наблюдением находилась пациентка, которая была замужем в течение года. Однажды, когда половой акт подошел к концу, ее муж почувствовал, что он, или, скорее, его головка, была сильно и глубоко зажата во влагалище («заклочена в тюрьму»), в то время как весь его пенис находился во влагалище. Все попытки вывести из него член оказались безуспешны. Когда же он форсировал эти попытки, то причинял сильную боль себе и своей жене. Потный из-за волнения, тревоги и неспособности освободиться, он наконец был вынужден смириться и терпеливо ждать развязки. Он не мог точно сказать, сколько минут это длилось, его заточение казалось бесконечным. Затем препятствие исчезло само по себе, и он освободился от плена.

Kräupl K. Taylor [77] отмечает, что Хильдебрандт не согласился с мнением Сканцони о том, что за симптомом захвата полового члена ответственные мышцы constrictor cunni, ко-

торые недостаточно сильны, чтобы предотвратить движения полового члена. Он утверждал, что «виноваты» были мышцы, поднимающие задний проход, которые могли сильно сжимать нижнюю часть влагалища. Это согласуется с сообщением мужа пациентки Хильдебрандта о том, что его пенис крепко удерживался за головку глубоко во влагалище, а не за его основание. Более того, у пациенток с вагинизмом Хильдебрандт наблюдал спастические сокращения мышц, поднимающих задний проход, которые были достаточно сильными, чтобы предотвратить прохождение даже тонкого зонда.

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

Психогенные и социогенные факторы, участвующие в формировании вагинизма

Р. Крукс и К. Баур [4] отмечают, что вагинизм может развиваться в результате:

- существующих в течение некоторого времени болезненных половых актов;
- гинекологических исследований, которые вызывают дискомфорт;
- проблем с эрекцией у партнера;
- строгих религиозных табу, касающихся секса;
- физического или сексуального насилия в прошлом;
- чувства враждебности или страха по отношению к партнеру;
- вследствие гомосексуальной ориентации.

G. Jarzabek-Bielecka и соавт. [47] в качестве «традиционных этиологических коррелятов вагинизма» называют ранние травматические сексуальные переживания (например, сексуальное насилие), религиозную ортодоксальность, низкую самооценку и негативный образ тела, отрицательное отношение к сексуальности, отсутствие знаний о сексе и реакции страха.

Турецкими исследователями были изучены ретроспективные характеристики 116 пациенток, у которых был диагностирован вагинизм. Травматический семейный анамнез был выявлен у 36 (31,0%) человек. Тринадцать пациенток (11,2%) были свидетелями половых актов своих родителей. Сексуальное домогательство имело место у 32 (27,6%) человек, а изнасилование – у 28 (24,1%). Только 12 (10,3%) пациенток получили половое воспитание [38].

R. Achoog и соавт. [11] обследовали 20 беременных пациенток с первичным (85%) или вторичным (15%) вагинизмом. Большинство женщин сообщили о консервативном семейном окружении (70%), в котором они получали мало сексуального образования или вообще не получали его (60%).

C. Borg и соавт. [20] отмечают, что относительно строгая приверженность консервативным ценностям и/или относительно строгим моральным стандартам, связанным с сексуальностью, логически ограничивает сексуальный репертуар и снижает порог переживания отрицательных эмоций в сексуальном контексте. В свою очередь, это может вызвать абстинентное поведение и поведение избегания, которое лежит в основе вагинизма. Авторы поставили перед собой цель изучить, действительно ли сильная приверженность консервативной морали и/или строгим сексуальным стандартам может быть связана с вагинизмом. Было сформировано три группы:

- женщины с диагнозом «Вагинизм» (n=24),
- женщин с диагнозом «Диспареуния» (n=24),
- здоровая контрольная группа женщин без сексуальных жалоб (n=32).

Были использованы Исследование ценностей Шварца (The Schwartz Value Survey; SVS) для изучения модели ценностей человека и Опросник сексуального отвращения (the Sexual Disgust Questionnaire; SDQ) для индексации готовности выполнять определенные сексуальные действия в качестве косвенного показателя моральных стандартов, связанных с сексом. В результате удалось установить, что группа «вагинизм» показала относительно низкие баллы по либеральным ценностям вместе со сравнительно высокими баллами по консервативным ценностям. Кроме того, группа «вагинизм» была более ограничена в своей готовности к определенному сексуальному поведению, чем контрольная группа. Группа «диспареуния» как по SVS, так и по SDQ располагалась между группой «вагинизм» и контрольной группой, но не отличалась существенно от любой из групп.

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

М.А. Ярхауз, Э.С.Н. Тэн [9] среди причин вагинизма называют различные страхи (например, страх боли или повреждения тканей при половом акте, страх не излечиться после тазовой травмы, боязнь забеременеть), а также общую тревожность, повышенные требования к сексу, неприятный сексуальный опыт в прошлом, негативное отношение к сексу и чувство вины. Также авторы называют «проблемы с партнером (например, насилие, эмоциональная отчужденность, страх связать себя обязательствами, недоверие, страх уязвимости и потери контроля), травматические события (например, прошлый опыт жертвы или свидетельницы эмоционального, физического или сексуального насилия), детские переживания (суровый эмоциональный климат в семье, негативное отношение к сексуальности, шокирующий сексуальный опыт, недостаток сексуального образования).

Рейссинг и ее коллеги (Reissing et al, 2003) заметили, что в их выборке среди женщин, испытывавших трудности с вагинальным проникновением (вагинизмом), жертв сексуального насилия было вдвое больше, чем в других группах [9]. Также в качестве причинного фактора вагинизма называют фантазию и фобию, что влагалище слишком маленькое, чтобы вместить член, а также травмирующие гинекологические осмотры, проводимые «несимпатичными специалистами в области здравоохранения» [26].

А.И. Федорова, С.В. Екимов [8] в связи с этим отмечают, что в настоящее время, в том числе и среди специалистов, широкое распространение получила точка зрения, что основными причинами вагинизма является сексуальная травма (изнасилование, грубо проведенная дефлорация или травматичный агрессивный половой акт). В результате такого травмирующего опыта формируется стойкий страх перед предстоящей интродукцией, что ведет к вагинизму. Не отрицая влияния этих факторов, авторы тем не менее указывают, что такие пациентки составляют не более 10% от общего числа женщин с данной патологией. В остальных случаях физический травмирующий опыт, как правило, отсутствует. При этом авторы фиксируют внимание на следующих возможностях возникновения вагинизма. Хотя в данных случаях женщины могут сообщать о перенесенном изнасиловании (на поверхности находится некий факт изнасилования), но речь идет о следующем механизме формирования данной патологии. Он обусловлен инфантильным, незрелым отношением женщины к сексуальности, непониманием и недооценкой ею особенностей мужского сексуального поведения, восприятия реалий полового акта в качестве акта агрессии, акта неприятного и травмирующего. «К примеру, не совсем юная девушка какое-то, иногда продолжительное время встречается с муж-

чиной, поддерживает романтические отношения или может практиковать эротические ласки, глубокий петтинг, но к половому акту не готова. Мужчина в какой-то момент «требует» проведения полового акта, проводит или чаще осуществляет попытку провести его «насиленно». Агрессивные атрибуты его поведения при этом могут иметь различную степень выраженности. Именно в этот момент или сразу после него возникают первые симптомы вагинизма. После этого девушка либо прекращает отношения, либо попытки полового акта еще несколько раз повторяются с тем же партнером» [8].

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

В литературе можно встретить данные не только о сравнительно небольшом влиянии сексуального насилия в развитии вагинизма, но даже и парадоксальные высказывания, согласно которым у больных вагинизмом уровень сексуального насилия ниже, чем в популяции. Об этом, в частности, пишет Jeng Cherng-Jye [23]. Автор сообщает о существующих утверждениях, что переживание или свидетельство сексуальной травмы является причинным фактором в развитии вагинизма [12, 19, 29, 49, 73]. Однако, по словам автора, в исследованиях с контрольными группами или группами сравнения не было отмечено значительных групповых различий в распространенности сексуального насилия [15, 43, 58]. Пострадавшие пациенты считали сексуальное насилие наименее важным [81]. В одном исследовании уровень распространенности сексуального насилия у женщин с вагинизмом был фактически ниже, чем в общей популяции [16]. В нашей клинической практике были случаи, когда именно сексуальное насилие или попытки к нему приводили к развитию вагинизма.

Анализируя данные литературы о роли психогенных факторов в генезе вагинизма, Jeng Cherng-Jye [23] также ссылается на мнение W. Masters и V. Johnson [56], которые полагают, что для вагинизма характерен чрезмерно суровый контроль, проистекающей из религиозной ортодоксии, сексуальной травмы в анамнезе или в результате попытки гетеросексуальной активности со стороны женщины с гомосексуальной идентификацией. Хотя некоторые авторы, по словам Jeng Cherng-Jye [23], считали, что высокие моральные ожидания, порожденные материнским воспитанием [15], или чувство вины, возникающее в результате строгого религиозного воспитания [73], может привести к вагинизму, религиозность в этом плане как причинный фактор данной патологии не получила постоянной поддержки [19, 32, 54]. В исследовании С.Д. Jeng [48] религиозная ортодоксия не имела ничего общего с вагинизмом. По нашему мнению, ортодоксальное религиозное влияние может играть роль в генезе вагинизма.

А.И. Федорова, С.В. Екимов [8] отмечают, что вагинизм может быть обусловлен агрессивно-доминантными личностными механизмами. В этих случаях речь идет о неприятии женщиной подчиненной роли в сексуальном взаимодействии. «Конкурентные отношения с мужчинами не позволяют «дать слабину», «проиграть в конкурентной борьбе», допустить мужское доминирование (а половой акт воспринимается именно как такое доминирование)».

Оценивая варианты психогенных негативных влияний на развитие вагинизма, А.И. Федорова, С.В. Екимов [8] указывают и на межличностные невротические механизмы его развития, что связано «с конфликтом между необходимостью,

желательностью половой жизни с партнером (по социальным, экономическим или иным несексуальным мотивам) и неприемлемостью ее из-за особенностей оценки его личностных, социальных, сексуальных или репродуктивных качеств. Личностный смысл такого вагинизма заключается в защите от конкретных сексуальных отношений. Он может носить избирательный характер – существовать с одним партнером при возможности проведения полового акта с другим».

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

Jeng Cherng-Jye [23], рассматривая психогенные причины вагинизма, сообщает, что последний может быть обусловлен страхом беременности, чувством тошноты, разрывом помолвки, обнаружением физического дефекта у мужа после замужества или отрицанием женственности, неприятным запахом изо рта. В некоторых случаях причиной может быть то, что муж в сознании женщины стал представлять собой «отца», и поэтому она считает, что секс с ним будет incestом.

По мнению J.L. Silverstein [73], вагинизм представляет собой оборонительную потребность в закрытии, чтобы защитить себя, держаться подальше, забаррикадироваться и обеспечить границы. Вагинизм защищает от ожидаемой боли и вторжения, реализует желание сохранить целостность личности. Партнер у женщин с данной патологией может репрезентировать отца-агрессора, но поскольку они не могут злиться непосредственно на него, то проецируют агрессию на своих партнеров. Они не чувствуют себя в безопасности, когда открываются эмоционально или физически. Агрессивная реакция на интроцирированный образ отца проецируется на мужа, которого она воспринимает как угрожающего и навязчивого.

R. Fadul и соавт. [34] сообщают, что существуют данные, согласно которым женщины имеют более высокую вероятность развития вагинизма, если они боятся боли, травм, кровотечения, страха потерять контроль и испытывают приступ паники, если занимаются сексом с проникновением. В Институте человеческой сексуальности (the Institute of Human Sexuality) авторы проинтервьюировали 120 женщин (40 с вагинизмом, существующим с начала половой жизни, и 80 без вагинизма). В результате было выявлено, что у женщин, которые боятся потерять контроль во время полового акта, вероятность развития вагинизма была во много раз выше, чем у тех, кто боится пострадать от боли или получить физические повреждения.

Опрос 89 женщин, страдающих вагинизмом, выявил, что тремя наиболее распространенными его причинными факторами являются страх перед болезненным сексом, вера в то, что он был неправильным или постыдным, а также травмирующий опыт в раннем детстве [81]. Причиной возникновения защитного рефлекса, который вызывает непроизвольное сокращение тазовых мышц, может быть чувство отвращения при мысли о вагинальном контакте с проникновением полового члена [27].

Существуют и психоаналитические трактовки формирования вагинизма. Классическая психоаналитическая теория, отмечают Т. Harish и соавт. [41], концептуализировала вагинизм как конверсионное расстройство, вызванное неразрешенными психосексуальными конфликтами в раннем детстве. Женщины с вагинизмом были охарактеризованы как «фиксированные на доэдиповой или эдипальной стадии» или регрессировавшие к ним [65].

Jeng Cherng-Jye [23] в связи с этим сообщает следующее. Некоторые авторы и сегодня считают, что женщины, которые страдают вагинизмом, завидуют мужчинам и относятся к ним враждебно. Кроме того, эти женщины испытывают бессознательное желание кастрировать мужчин. Провозглашается, что зависть к пенису – универсальное явление, возникающее во время «фаллической фазы развития молодой девушки». Согласно этой теории, если девочка не «разреши» свою «зависть к пенису», то в более позднем возрасте у нее может развиться вагинизм. Вагинизм в данной концептуализации представляет собой физическое выражение бессознательного желания женщины не допустить мужчину реализовать свои сексуальные желания или, более конкретно, желания «кастрировать» его в отместку за собственную «кастрацию».

Jeng Cherng-Jye [23] приводит данные обзора E.D. Reissing и соавт. [65], в котором сообщается, что феминистская теория концептуализирует сексуальность в целом и вагинизм в частности в социокультурном контексте как неотъемлемую часть дискурса о теориях и представлениях о мужественности и женственности [31, 59]. «Этот подход игнорирует вагинальный спазм (и традиционную терапевтическую цель – проникающий половой акт) и вместо этого сосредотачивается на эмоциональных препятствиях для полового акта, лежащих в основе вагинизма, то есть страхе близости [81], симптоме защитной потребности, которую необходимо закрыть [73], попытке женщины сопротивляться, чтобы получить право быть соавтором сексуальной повестки дня [51], скрытом сигнале протеста против набора сексуальных ролей [31] или симптоме отсутствия самоопределенных границ [70]. Этот теоретический подход рассматривает вагинизм как защитную реакцию организма на эмоциональную боль, но без негативной коннотации сексуальной дисфункции. Физическая защита может быть вызвана не переживанием и/или ожиданием физической боли, но может представлять собой защиту от эмоциональной боли и нежелательного «вторжения» [65]».

Биогенные факторы, участвующие в формировании вагинизма

В литературе приводятся различные соматические патологии, которые могут способствовать возникновению вагинизма. Так, Tessa Crowley и соавт. [26], ориентируясь на литературные данные, называют такие факторы, как инфекции половых путей, вульвит, постменопаузальный дефицит эстрогена, травмы, связанные с хирургическим вмешательством на половых органах (например, с эпизиотомией) и лучевой терапией [69]. Отмечается, что проблемы с возбуждением обуславливают плохое увлажнение влагалища и, соответственно, болезненный половой акт. Нарушение возбуждения чаще встречается у женщин с диабетом, рассеянным склерозом или травмой спинного мозга [33, 74].

Crowley T. и соавт. [25] в качестве способствующих развитию вагинизма факторов называют вестибулодинию, постменопаузальный дефицит эстрогена, травмы, связанные с хирургическим вмешательством на половых органах, аномалии девственной плевы. Сообщается, что трудности с вагинальным проникновением могут быть обусловлены инфекциями половых путей и лучевой терапией тазовых органов [69]. Недостаточная смазка, недостаточное расширение влагалища и болезненный половой акт могут быть следствием недостаточного сексуального возбуждения, которое, как отмечалось ранее, чаще встречается у женщин с сахарным диабетом, рассеянным склерозом или травмой спинного мозга. Электромиография мышц тазового дна и оценка активности полового нерва у женщин с вагинизмом выявили нейрофизиологические аномалии, что свидетельствует о том, что в этом состоянии присутствуют изменения центральной нервной системы [36].

Cherng-Jye Jeng [23] отмечает, что в списки возможных органических причин вагинизма обычно включаются аномалии пищеварительной системы, врожденные аномалии, атрофия и спайки влагалища, атрофия влагалища и спаечные процессы в результате вагинальной хирургии или интравагинального облучения, выпадение матки, синдром вестибулита вульвы, эндометриоз, инфекции, поражения влагалища и опухоли, заболевания, передающиеся половым путем, и застойные явления в тазовой области [10, 16, 17, 24, 53, 67, 72, 75, 76].

J.F. Steege [75] предположил, что спазм может возникать как реакция на понятные болезненные стимулы (например, при проведении полового акта во время эпизода вагинита), но продолжается как условная реакция даже после того, как основная проблема решена.

М.А. Ярхауз и Э.С.Н. Тэн [9] сообщают, что физическими причинами трудностей с вагинальным проникновением (помимо физиологических, обусловленных недостаточной lubricацией вследствие недостаточных предварительных ласк)

могут быть соматические заболевания (например, инфекции мочевыводящих путей, грибковые инфекции, венерические болезни, эндометриоз, опухоли в области гениталий и таза, кисты, раковые заболевания, вульвдиния, воспаление органов таза, экзема, псориаз, выпадение стенки влагалища, боль после естественных родов, родовых осложнений, кесарева сечения). Также называются возрастные проблемы (например, менопауза, гормональные изменения, сухость влагалища, атрофия влагалища, недостаток влагалищной смазки), тазовая травма (например, операция в области таза, сложные обследования таза).

М. Атмаса и соавт. [13] провели магнитно-резонансную томографию у десяти пациенток с вагинизмом и десяти женщин контрольной группы, которые были сопоставимы 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.

Відомості про автора

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

Information about the author

Kocharyan Garnik Surenovych – Kharkiv medical Academy of postgraduate education, 61176, Kharkiv, 58 Amosova Str.; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

Сведения об авторе

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вагинизм. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Вагинизм> (дата обращения: 26.09.2020).
2. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 271 с.
3. Кочарян Г.С. Диспареуния как клиническая проблема // Здоровье мужчины. – 2020. – № 3 (74). – С. 65–74. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2020.216073>
4. Крукс Р., Байр К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
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. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «ДИС», 1994. – 304 с.
7. Святоц А.М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
8. Федорова А.И., Екимов С.В. Вагинизм: учебное пособие. – Санкт-Петербург: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – 40 с.
9. Ярхауз М.А., Тэн Э.С.Н. (Yarhouse M.A., Ten E.S.N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств / Пер. с англ. – Черкассы: Коллективум, 2016. – 371 с.
10. Abramov L., Wolman I., David M.P. Vaginismus: an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome // Gynecol Obstet Invest. – 1994. – 38. – P. 194–197.
11. Achour R., Koch M., Zgueb Y., Ouali U., Ben Hmid R. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties // Psychol Res Behav Manag. – 2019. – 12. – P. 137–143. DOI: [10.2147/PRBM.S186950](https://doi.org/10.2147/PRBM.S186950)
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. – Washington, DC, 1994.
13. 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](https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i2.221)
14. Bancroft J., Coles L. Three years' experience in a sexual problems clinic // BMJ. – 1976. – 1 (6025). – P. 1575–1577.
15. Barns J. Primary vaginismus (Part 1): Social and clinical features // Irish Medical Journal. – 1986. – 79 (3). – P. 59–62.
16. Basson R. Lifelong vaginismus: a clinical study of 60 consecutive cases // J Soc Gynecol Obstet Can. – 1996. – 18 (6). – P. 551–561.
17. Beck J. G. Vaginismus / W. O'Donohue, J. H. Geer (eds). Handbook of Sexual Dysfunctions: Assessment and Treatment. – Boston: Allyn & Bacon, 1993. – P. 381–397.
18. Binik Y. M. The DSM diagnostic criteria for vaginismus // Arch Sex Behav. – 2010. – 39 (2). – P. 278–291. DOI: [10.1007/s10508-009-9560-0](https://doi.org/10.1007/s10508-009-9560-0)
19. Biswas A., Ratnam S. S. Vaginismus and outcome of treatment // Ann Acad Med Singap. – 1995. – 24 (5). – P. 755–758.
20. Borg C., de Jong P. J., Weijmar Schultz W. Vaginismus and dyspareunia: relationship with general and sex-related moral standards // J Sex Med. – 2011. – 8 (1). – P. 223–231. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2010.02080.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02080.x)
21. Carvalho J. C. G. R., Agualusa L. M., Moreira L. M. R., Costa J. C. M. D. Terapêutica multimodal do vaginismo: abordagem inovadora por meio de infiltração de pontos gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo [Multimodal therapeutic approach of vaginismus: an innovative approach through trigger point infiltration and pulsed radiofrequency of the pudendal nerve] // Rev Bras Anestesiol. – 2017. – 67 (6). – P. 632–636. DOI: [10.1016/j.bjan.2014.10.005](https://doi.org/10.1016/j.bjan.2014.10.005)
22. Catalan J., Hawton K., Day A. Couples referred to a Sexual Dysfunction Clinic // BMJ. – 1990. – 156. – P. 61–67. DOI: [10.1192/bjp.156.1.61](https://doi.org/10.1192/bjp.156.1.61)
23. Cherng-Jye Jeng. The Pathophysiology and Etiology of Vaginismus // Taiwanese J Obstet Gynecol. – 2004. – 43 (1). – P. 10–15. DOI: [10.1016/S1028-4559\(09\)60047-4](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(09)60047-4)
24. Crenshaw T. L., Kessler J. Vaginismus // Med Aspects Hum Sex. – 1985. – 19. – P. 21–32.
25. Crowley T., Goldmeier D., Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus // BMJ. – 2009. – Jun 18;338:b2284. DOI: [10.1136/bmj.b2284](https://doi.org/10.1136/bmj.b2284)
26. Crowley Tessa, Richardson Daniel, Goldmeier David, Bashh Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction // Int J STD AIDS. – 2006 – 17 (1). – P. 14–18. DOI: [10.1258/095646206775220586](https://doi.org/10.1258/095646206775220586)
27. de Jong, P. J., van Overveld, M., Schultz W., Peters M. L., Buwalda F. M. Disgust and contamination sensitivity in vaginismus and dyspareunia // Arch Sex Behav. – 2009. – 38 (2). – P. 244–252.
28. de Kruijf M. E., ter Kuile M. M., Weijnen P. T., van Lankveld J. J. Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? // J Psychosom Obstet Gynaecol. – 2000. – 21 (3). – P. 149–155. DOI: [10.3109/01674820009075622](https://doi.org/10.3109/01674820009075622)
29. DeMoor W. Vaginismus: etiology and treatment // Am J Psychother. – 1972. – 26 (2). – P. 207–215. DOI: [10.1176/appi.psychotherapy.1972.26.2.207](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1972.26.2.207)
30. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
31. Drenth J. J. Vaginismus and desire for a child // J Psychosom Obstet Gynaecol. – 1988. – 9 (2). – P. 125–137.

32. 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.
33. Enzlin P., Mathieu C., Vander-schueren D., Demyttenaere K. Diabetes Mellitus and female sexuality: a review of 25 years research // *Diab Med.* – 1998. – 15 (10). – P. 809–815. DOI: 10.1002/(SICI)1096-9136(199810)15:10<809::AID-DIA689>3.0.CO;2-Z. PMID: 9796879.
34. Fadul R., Garcia R., Zapata-Boluda R., et al. Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study // *J Sex Marital Ther.* – 2019. – 45 (1). – P. 73–83. DOI:10.1080/0092623X.2018.1484401
35. Ferri Fred F. Ferri's Clinical Advisor. – 2016. 2017 E-Book: 5 Books in 1. Elsevier Health Sciences. – 1984 p., p. 1330.
36. Frasson E., Graziottin A., Priori A., Dall'ora E., Didonè G., Garbin E. L., et al. Central nervous system abnormalities in vaginismus // *Clin Neurophysiol.* – 2009. – 120 (1). – P. 117–122.
37. Frenken J., Van Tol P. Sexual problems in gynaecological practice // *J Psychosom Obstet Gynecol.* – 1987. – 6 (2). – P. 143–155.
38. Funda Gungor Ugurlucan, Cenk Yasa, Ömer Demir, Sultan Can, Suleyman Engin Akhan. Vaginismus-is it a phobic reaction? May 2017 Conference: International Pelvic Pain Society Meeting and 1st Congress of Society of Pelvic Pain and Endometriosis, 2017, Istanbul.
39. Goldmeier D., Keane F. E., Carter P., Hessman A., Harris J. R., Renton A. Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic // *Int J STD AIDS.* – 1997. – 8 (5). – P. 303–306. DOI: 10.1258/0956462971920136.
40. HA20 Sexual pain-penetration disorder. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision, v2019-04. – URL: <https://www.findacode.com/icd-11/code-1932194482.html> (the date of the reference: 25.09.2020).
41. Harish T., Muliayala K., Murthy P. Successful management of vaginismus: An eclectic approach // *Indian J Psychiatry.* – 2011. – 53 (2). – P. 154–155.
42. Hawton K. Sex Therapy: A Practical Guide. – Oxford: Oxford University Press, 1985.
43. Hawton K., Catalan J. Sex therapy for vaginismus: characteristics of couples and treatment outcome // *Sex Mar Ther.* – 1990. – 5 (1). – P. 39–48.
44. Hildebrandt. Ueber Krampf des Levator ani beim Coitus // *Archiv für Gynäkologie.* – 1872. – 3. – P. 221.
45. Hirst J. F., Baggaley M. R., Watson J. P. A four year survey of an inner-city psychosexual problems clinic // *Sex Marital Ther.* – 1996. – 11 (1). – P. 19–36.
46. Hope M. E., Farmer L., McAllister K. F., Cumming G. P. Vaginismus in peri- and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists // *Menopause Int.* – 2010. – 16 (2). – P. 68–73. DOI:10.1258/mi.2010.010016
47. Jarzabek-Bielecka G., Pisarska-Krawczyk M., Kędzia W., Mizgier M., Friebe Z. The problem of vaginismus with congenital malformation of the genital tract // *Postepy Hig Med Dosw (Online).* – 2016. – 70. – P. 556–561. Published 2016 May 31. DOI:10.5604/17322693.1203528
48. 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.
49. Jones K. D., Lehr S. T., Hewell S. W. Dyspareunia: three case reports // *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* – 1997. – 26 (1). – P. 19–23. DOI: 10.1111/j.1552-6909.1997.tb01503.x.
50. Kadri N., McHichi Alami K. H., McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study // *Arch Womens Ment Health.* – 2002. – 5 (2). – P. 59–63. DOI: 10.1007/s00737-002-0141-7.
51. Kennedy P., Doherty N., Barnes J. Primary vaginismus: a psychometric study of both partners // *Sex Mar Ther.* – 1995. – 10 (1). – P. 9–22.
52. Lahaie M. A., Boyer S. C., Amsel R., Khalifé S., Binik Y. M. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment // *Womens Health (Lond).* – 2010. – 6 (5). – P. 705–719. DOI: 10.2217/whe.10.46. PMID: 20887170.
53. Lamont J. A. Vaginismus // *Am J Obstet Gynecol.* – 1978. – 131 (6). – P. 633–636.
54. Leiblum S. R., Pervin L. A., Campbell E. G. The treatment of vaginismus: success and failure // *Rosen R. C., Leiblum S. R. (eds). Principles and Practice of Sex Therapy, 2nd edition.* – New York: Guilford Press, 1989. – P. 113–138.
55. Marshania Z. Certain sociocultural aspects of prevalence and treatment of vaginismus in Georgia // *Health of Man.* – 2017. – №1 (60). – C. 71–73.
56. Masters W., Johnson V. Human Sexual Inadequacy. – Boston: Little & Brown, 1970.
57. Musgrave Brendan. Penis captivus has occurred // *British Medical Journal.* – 1980. – 280 (6206). – P. 5
58. O'Sullivan K. Observation on vaginismus in Irish women // *Arch Gen Psychiatry.* – 1979. – 36 (7). – P. 824–826. DOI: 10.1001/archpsyc.1979.01780070102012.
59. Ogden J., Ward E. Help-seeking behaviour in sufferers of vaginismus // *Sex Mar Ther.* – 1995. – 10 (1). – P. 23–30.
60. Pacik P. T. Botox treatment for vaginismus // *Plast Reconstr Surg.* – 2009. – 124 (6): 455e-6e. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181bf7f11. PMID: 19952618.
61. Pacik P. T. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia // *Aesthetic Plast Surg.* – 2011. – 35 (6). – P. 1160–1164. DOI: 10.1007/s00266-011-9737-5
62. Parameshwaran Soumya, Chandra Prabha S. The New Avatar of Female Sexual Dysfunction in ICD-11—Will It Herald a Better Future? // *Journal of Psychosexual Health.* – 2019. – 1 (2). – P. 111–113. DOI: 10.1177/2631831819862408
63. Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. – Geneva: World Health Organization, 1992.
64. Reed Geoffrey M., Drescher Jack, Krueger Richard B., Atalla Elham, Cochran Susan D., First Michael B., Cohen-Kettenis Peggy T., Arango-de Montis Iván, Parish Sharon J., Cottler Sara, Briken Peer, Saxena Shekhar. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // *World Psychiatry.* – 2016. – 15 (3). – P. 205–221. DOI: 10.1002/wps.20354
65. Reissing E. D., Binik Y. M., Khalife S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature // *J Nerv Ment Dis.* – 1999. – 187 (5). – P. 261–274.
66. Renshaw D. C. Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 and 1987 // *Sex Marital Ther.* – 1988. – 3 (1). – P. 111–117.
67. Rey J. Vaginisme et dyspareunie à la ménopause [Vaginismus and dyspareunia in menopause] // *Probl Actuels Endocrin Nutr.* – 1977. – (21). – P. 125–132. French.
68. Scanzoni F. W. Beiträge zur Geburtsurkunde und Gynäkologie. – 1870. – 7. – P. 109.
69. Schultz W., Basson R., Binik Y., Eschenbach D., Wesselmann U., Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (3). – P. 301–316. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x.
70. Shaw J. Treatment of primary vaginismus: a new perspective // *J Sex Marital Ther.* – 1994. – 20 (1). – P. 46–55. DOI: 10.1080/00926239408403416.
71. Shokrollahi P., Mirmohamadi M., Mehrabi F., Babaei G. H. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at a family planning centers in Tehran // *J Sex Marital Ther.* – 1999. – 25 (3). – P. 211–215.
72. Shortle B., Jewelewicz R. Psychogenic vaginismus // *Med Aspects Hum Sex.* – 1986. – 20. – P. 83–87.
73. Silverstein J. L. Origins of psychogenic vaginismus // *Psychother Psychosom.* – 1989. – 52 (4). – P. 197–204. DOI: 10.1159/000288324.
74. Sipski M. L., Alexander C. J., Rosen R. C. Physiological parameters associated with sexual arousal in women with incomplete spinal cord injuries // *Arch Phys Med Rehab.* – 1997. – 78 (3). – P. 305–313.
75. Steege J. F. Dyspareunia / F. P. Zuspan, E. J. Quilligan (eds). Current Therapy in Obstetrics and Gynecology, 4th edition. – Philadelphia: WB Saunders, 1997. – P. 34–40.
76. Stuntz R. C. Physical obstructions to coitus in women // *Med Aspects Hum Sex.* – 1986. – 20. – P. 126–134.
77. Taylor Kräupl K. Penis captivus – did it occur? // *British Medical Journal.* – 1979. – 2 (6196). – P. 977–978. DOI:10.1136/bmj.2.6196.977
78. The World Health Organization (WHO) has announced the official publication of a new version of the International Classification of Diseases (ICD-11) which includes a new chapter on Conditions Related to Sexual Health, bringing together conditions that were previously categorized in other ways and mostly under mental disorders. – URL: https://www.isswsh.org/images/Draft_ICD-11_Statement_7-26-18_with_Simon_Edits.pdf (the date of the reference: 27.09.2020).
79. Tugrul C., Kabacki E. Vaginismus and its correlates // *J Sex Marital Ther.* – 1997. – 12 (1). – P. 23–24.
80. Vaginismus. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Vaginismus> (the date of the reference: 26.09.2020).
81. Ward E., Ogden E. Experiencing vaginismus—sufferers beliefs about causes and effects // *Sex Mar Ther.* – 1994. – 9 (1). – P. 33–45.
82. Wincze J. P., Carey M. P. Sexual Dysfunction. – The Guilford Press, 2001. – 226 p.
83. World Health Organisation. ICD11 Beta draft. 2019. – URL: <https://icd.who.int/dev11/f/en#/http%3A%2F2fid.who.int%2Ficd%2Ffenticity%2F334423054>. Accessed May 19, 2019.

Статья поступила в редакцию 23.11.2020