

УДК: 618.17-009.7

# Фобическая диспареуния: случай из практики

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Описывается случай фобической диспареунии. Речь идет о 22-летней девушке, у которой боль в гениталиях впервые возникла 2 года назад при половом акте с мужчиной, у которого длина полового члена составляла 25 см. Совершила с ним только 5 половых актов, а потом из-за боли отношения с ним прервала. Сейчас встречается с 22-летним парнем, который живет в другом городе, и они приезжают друг к другу в гости. Генитальная боль и жжение во влагалище возникает у нее не только при половых актах с ним и после их окончания, но даже и тогда, когда они находятся в разных городах. В последнем случае боль возникает, когда планируется ее поездка в другой город, предполагающая сексуальные контакты со своим парнем. Тогда бывает, что просыпается ночью и испытывает генитальную боль и жжение «до слез». Из-за этого не может уснуть. Когда же такая поездка не предполагается, то боли и жжения в половых органах у нее нет. Бывает так, что пациентка приезжает к своему парню, но вагинальных половых актов они не совершают, и все ограничивается петтингом и оральным сексом, чему предшествует ее просьба к нему, и он с пониманием относится к ее проблеме. Но генитальная боль возникает даже при кунilingусе, если при этом оказывается воздействие не только на клитор, но и на влагалище («жжет, колет, рожаю ёжиков»). Сообщает, что бывает так, что боль возникает тогда, когда она приезжает к своему парню, но до сексуального контакта дело еще не доходит. Перед половым актом отмечает наличие опасений и страха возникновения боли, связанных с его проведением. Этот страх сопровождается напряжением мышц тела и затруднением дыхания.

В настоящее время половое влечение резко ослаблено, что можно объяснить наличием диспареунии. При обследовании гинекологом какой-либо профильной патологии у пациентки выявлено не было. Осуществлялись соответствующие когнитивные воздействия, проведено 10 сеансов гипносуггестивного программирования. В результате проведенной терапии перестала избегать проведения половых актов, стала жить регулярной половой жизнью, усилилось либидо, боль при половых актах и после их проведения практически перестала возникать.

**Ключевые слова:** фобическая диспареуния, женщина, клиническое наблюдение.

## Phobic dyspareunia: a case report

G.S. Kocharyan

A case of phobic dyspareunia is described. We are talking about a 22-year-old girl whose genital pains first arose 2 years ago during intercourse with a man whose penis length was 25 cm. She had only 5 intercourses with him, and then because of these pains interrupted the relationship with him. Now she is dating a 22-year-old guy who lives in another city, and they come to visit each other. Genital pains and burning in the vagina occur in her not only during intercourses with him and after their end, but even when they are in different cities. In the latter case, they arise when she is planning a trip to another city, involving sexual contacts with her boyfriend (wakes up at night and experiences genital pain and burning sensation "to tears"). Because of this, she cannot sleep. When such a trip is not supposed, then she does not have pain and burning sensation in the genitals. It so happens that the patient comes to her boyfriend, but they do not perform vaginal intercourse, and everything is limited to petting and oral sex. This is preceded by her request to him, and he is sympathetic to her problem. But pains in the genitals occur even with cunnilingus, if not only the clitoris but also the vagina is involved ("bakes, pricks, gives birth to hedgehogs"). She reports that it so happens that pains arise when she comes to her boyfriend, but the matter has not yet come to sexual contact. Before intercourses, she notes the presence of a fear of pain associated with their implementation. This fear is accompanied by tension in the muscles of the body and difficulty in breathing.

Currently, sexual desire is sharply weakened, which can be explained by the presence of dyspareunia. During the examination by the gynecologist, no profile pathology was revealed in the patient. Appropriate cognitive influences and 10 sessions of hypnosuggestive programming were carried out. As a result of the therapy, she stopped avoiding sexual intercourses, began to live a regular sex life, pain during and after intercourses practically ceased to arise, libido was increased.

**Keywords:** phobic dyspareunia, woman, case report.

## Фобічна диспареунія: випадок із практики

Г.С. Кочарян

Описано випадок фобічної диспареунії. Йдеться про 22-річну жінку, в якій біль у геніталіях вперше виникла 2 роки тому при статевому акті з чоловіком, у якого довжина статевого члена становила 25 см. Здійснила з ним тільки 5 статевих актів, а потім через біль відносини з ним перервала. Зараз зустрічається з 22-річним хлопцем, який живе в іншому місті, і вони приїжджають один до одного в гості. Генітальний біль і печіння у піхві виникають у неї не тільки під час статевих актів з ним і після їх закінчення, але навіть і тоді, коли вони перебувають в різних містах. В останньому випадку біль виникає навіть тоді, коли планується її поїздка до нього в інше місто, що припускає її сексуальні контакти зі своїм хлопцем. Тоді буває, що прокидається вночі і відчуває генітальний біль і печіння «до сліз». Через це не може заснути. Коли ж така поїздка не передбачається, то болу і печіння у статевих органах у неї немає. Буває так, що пациентка приїжджає до свого хлопця, але вагінальних статевих актів вони не роблять, і все обмежується петтингом і оральним сексом, чому передусім прохання до нього, і він з розумінням ставиться до її проблеми. Але генітальний біль виникає навіть при кунілінгузі, якщо при цьому має місце вплив не тільки на клитор, але і на піхву («пече, коле, народжую їжачків»). Повідомляє, що буває так, що біль виникає, коли вона приїжджає до свого хлопця, але до сексуального контакту справа ще не доходить. Перед статевим актом відзначає наявність побоювань і страху виникнення болю, пов'язаних з його проведенням. Цей страх супроводжується напруженням м'язів тіла і утрудненням дихання.

На сьогоднішній день статевий потяг різко ослаблений, що можна пояснити наявністю диспареунії. При обстеженні гінекологом будь-якої профільної патології у пацієнтки виявлено не було. Здійснювалися відповідні когнітивні впливи, проведено 10 сеансів гипносуггестивного програмування. У результаті цього лікування пацієнтка перестала уникати проведення статевих актів, стала жити регулярним статевим життям, посилилось лібідо, біль під час статевих актів і після їх проведення практично перестала виникати.

**Ключові слова:** фобічна диспареунія, жінка, клінічне спостереження.

Диспареуния – это боль в гениталиях, которая ощущается до, во время или после полового акта. Она может быть обусловлена психогенными или соматогенными факторами, а также их сочетанием. По нашему мнению, о диспареунии можно говорить и тогда, когда боль неорганического происхождения возникает и вне полового акта (не только перед ним или непосредственно после него) и связана с сексуальной проблематикой, а также когда речь идет не только о боли, но и о выраженном физическом дискомфорте в гениталиях, испытываемом при коитусе [1].

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

В американской классификации сексуальных расстройств, отраженной в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (2013 г.) существует единый (общий) диагноз вагинизма и диспареунии: «генитально-тазовая боль / расстройство пенетрации» (код 302.76) [3]. Решение об объединении двух диагнозов обосновывалось тем, что обе названные сексуальные дисфункции являются в высокой степени коморбидными и трудно различимыми.

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

Большая П., 22 года, не замужем, встречается с парнем в течение полутора лет. Имеет неоконченное высшее образование (учится на последнем пятом курсе университета, получает гуманитарную профессию). Проживает в г. Харькове в общежитии университета. Партнеру 22 года. Он учится в одном из Харьковских университетов заочно, работает в семейном бизнесе в другом городе, где и живет. Пациентка периодически приезжает к нему в гости (на субботу и воскресенье).

**Жалобы и анамнез.** Когда начали пытаться жить с этим парнем половой жизнью, возникли проблемы. Сначала ей там «натирало», и она думала, что это связано с тем, что не хватает «смазки», но на самом деле ее было достаточно. Потом возникли боль и жжение в половых органах (жжет внутри влагалища), постоянное учащенное мочеиспускание, боль (жжение) при мочеиспускании. Боль и жжение в гениталиях отмечались и при половом акте, и после него. Также после полового акта возникали тянущая боль внизу живота и позывы на мочеиспускание.

Обращалась к урологам (думала, что у нее болит мочевой пузырь, что она где-то простудилась) и гинекологам. Были проведены тщательные исследования, но какой-либо профильной патологии выявлено не было. Также думала, что это связано с сухостью влагалища, однако потом решила, что на самом деле речь идет о психосоматике. Бывает, что просыпается ночью и испытывает генитальную боль и жжение «до слез». Из-за этого не может уснуть. Это бывает тогда, когда она должна ехать к своему парню. Когда же находится в Харькове, и его рядом нет, и он не должен приехать, и она к нему не должна ехать, то боли и жжения в половых органах у нее нет.

Когда возникает боль, она применяет вагинальные свечи (не обезболивающие), и через 5 мин эта боль проходит. Бывает так, что пациентка приезжает к своему парню, но вагинальных половых актов они не совершают, и все ограничивается петтингом и оральным сексом, чему предшествует ее просьба к нему, и он с пониманием относится к ее проблеме. Но генитальная боль возникает даже при кунilingусе, если при этом оказывается воздействие не только на клитор, но и на влагалище («жжет, колет, рожаю ёжиков»). Сообщает, что бывает так, что боль возникает тогда, когда она приезжает к своему парню, но до сексуального контакта дело еще не доходит. Указывает, что когда половой жизнью не живет, то «мочевые» симптомы не возникают.

Перед половыми актами отмечает наличие опасений и страха возникновения боли, связанных с их проведением. Этот страх сопровождается напряжением мышц тела и затруднением дыхания. В настоящее время половое влечение резко ослаблено, что можно объяснить наличием диспареунии.

Помимо врачей по поводу своей проблемы обращалась за помощью также к психологам, которые безрезультатно использовали символдраму, гештальт-терапию и техники арт-терапии.

Нарушения, по поводу которых пациентка обратилась к нам, возникли 2 года назад, когда начала встречаться с мужчиной, который был старше ее на 19 лет. Познакомились они в Интернете. При половых актах с ним была сильная генитальная боль, которая продолжалась и после их завершения. При половом акте думала о том, когда же он уже закончит. Связывала это с тем, что половой член у этого мужчины был 25 см. До начала половых контактов он предупредил пациентку о размерах своего полового члена, а при коитусе очень осторожно вводил член во влагалище. Также, когда жила с ним, было больно мочиться. Встречались с ним чуть больше месяца. Применяла обезболивающие средства, но они, так же как и сейчас, не помогли. Совершила с ним более 5 половых актов. Прекратила встречаться с этим мужчиной именно из-за генитальной боли.

Оргазм наступает у нее как при стимуляции пальцами партнера внешней части клитора, так и при кунilingусе. Также он возникает при вагинальных половых актах. В этих случаях даже может быть сквиртинг (женская эякуляция). Данный феномен был у нее всего 5 раз. Описывает его следующим образом: имеет место какое-то напряжение, а потом выделяется 10–20 мл светловатой и липкой жидкости (не мочи). Это хорошо воспринимается партнером, так как демонстрирует, что она по-настоящему кончила. Во время одного полового акта может наступить 3 оргазма. Как-то даже два раза подряд был сквиртинг. Первый раз выделилось очень небольшое количество жидкости, а во второй раз – большее. Эякуляция у нее наступает во время оргазма и сопровождается сильными приятными ощущениями. Отмечает, что «клиторический» оргазм сильнее, чем «вагинальный», однако если возникает эякуляция, то тогда сильнее оргазм «вагинальный». Сообщает, что эякуляция у нее наступает в определенной позе и при введении члена под определенным углом. Внегенитальными эрогенными зонами у нее являются соски грудных желез, живот, внутренняя поверхность бедер.

**Платоническое (романтическое) либидо** пробудилось в 5–6 лет. Тогда посещала детский сад.

**Эротическое либидо** возникло в 12–13 лет: были мечты, грезы, что появился парень. Обниматься и целоваться начала в 15 лет.

**Сексуальное либидо** пробудилось в 17 лет.

**Мастурбирует** с 14 лет. Стимулирует клитор пальцами рук. При мастурбации наступает оргазм. Мастурбирует в подавляющем большинстве случаев сугубо механически:

ничего не представляет и не смотрит какие-либо эротические сюжеты. Очень редко при мастурбации бывают эротические фантазии. Когда мастурбирует, то тянущая боль внизу живота и болезненные ощущения при мочеиспускании возникают через полдня.

**Оргазм** впервые ощутила в 14 лет при мастурбации.

**Эротические сны.** Иногда (очень редко) снятся эротические сны с женщинами (1 раз в полгода), но гораздо чаще с мужчинами (когда нет секса – от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц). Не помнит, чтобы во время этих снов наступал оргазм.

С женщинами с экспериментальной целью только несколько раз были поцелуи «в засос».

Сообщает, что дважды (в 9 и 11 лет) была изнасилована. Обстоятельства первого изнасилования были следующие. Вместе с родителями приехала в другой город к родственникам, а знакомый отца, у которого была большая квартира, уговорил его, чтобы их семья переночевала у него. «Меня положили спать в какой-то комнате, и я проснулась от того, что этот знакомый зашел в комнату, раздел меня и начал делать кунилингус. Я боялась показать, что проснулась, боялась, что еще останусь виноватой. Вот я надеваю трусы, а он меня раздевает. Все сделал и ушел, я проснулась в шоке. Когда это происходило, мне было страшно, но тогда я не понимала, что именно случилось. Когда проснулась утром, то поняла, что мне было приятно. А ночью было страшно». Ничего об этом родителям не рассказала, так как отец у нее «тиран». Был бы страшный скандал, и она боялась, что ее еще могут обвинить.

Через 2 года, когда они опять приехали в тот же город к родственникам, эта ситуация со знакомым отца, у которого они ночевали, вновь повторилась. В этот раз все произошло в присутствии его жены (пациентка спала на диване, а жена знакомого – на кровати рядом с ней). Удивляется, что этот мужчина осмелился сделать это в присутствии своей спящей супруги. В этот раз пациентка тоже испугалась. Он понял, что она проснулась. Боялась ему что-то сказать, просто делала какие-то движения, а он ничего ей не говорил. Первое время (несколько недель) переживала, а потом иногда вспоминала происшедшее с ней, думала, что этот мужчина извращенец, «проклинала его». Тогда, когда это происходило, ей было приятно, но сексуальную подоплеку случившегося вначале не понимала. Считает, что и первый, и второй раз речь шла об изнасиловании.

До 16 лет половой жизнью не жила, а потом ее подруги, которые все к тому времени имели сексуальный опыт, подтолкнули ее к ней. В 16 лет случился первый половой акт с парнем, которому был 21 год. Однако удовольствия никакого не испытала, и ей не понравилось, что у него был вялый половой член, и семяизвержение произошло спустя 2–3 фрикции. Встречалась с ним 4–5 месяцев. За это время было всего 2 половых акта, но оргазма не было ни при одном из них.

Потом полтора года ни с кем не встречалась, а в 18 лет поехала к одной девочке в гости, которая познакомила ее с мужчиной. Это был «животный» секс, от которого она получила удовольствие, но оргазм не наступил. Речь шла только о вагинальном половом акте. Стимуляции клитора пальцами партнера, а также кунилингуса не было. С этим мужчиной был только 1 половой акт.

Затем в течение 2 месяцев 1 раз в неделю встречалась с одним парнем. Он за ней ухаживал. С ним было 5 половых актов, но оргазм ни разу не наступил, хотя он очень старался и стимулировал ей клитор и пальцами, и языком («видимо не умеет»).

Когда встречалась со вторым и третьим партнером, тоже были «мочевые» жалобы, но при обследовании воспали-

тельных явлений выявлено не было. Считает, что они были связаны с половыми актами.

Потом она встречалась с мужчиной, у которого был мегалис (4-й партнер), с которого и началась история ее генитальной боли. Всего, вместе с нынешним парнем, у нее было 5 партнеров.

Половое воспитание в родительской семье не проводилось. Мать только рассказала ей о менструациях. Каких-либо негативных высказываний о половой жизни со стороны родителей не было.

Не курит, алкогольными напитками не злоупотребляет. Один раз попробовала наркотики. В прошлом году в общении ей предложили покурить травку. Тогда плакала, смеялась и не могла успокоиться («у меня была истерика»), не могла владеть собой. Боялась, что ребята, которые предложили ей покурить травку и с которыми у нее ранее не было никаких сексуальных отношений, могут ее изнасиловать. Из хронических заболеваний отмечает близорукость. Травм черепа не было.

**Объективные данные:** рост 174 см, масса тела 68 кг. Ранее носила бюстгальтер 4-го размера, а после того, как похудела, его размер стал 2,5. Оволосение лобка по женскому типу.

**Сексологический диагноз:** фобическая диспареуния.

**Рекомендации и лечение:** когнитивные воздействия, гипносуггестивная терапия, прием гиазенапа по 20 мг за 1,5 часа до полового акта.

Когнитивные воздействия были направлены на полное осознание пациенткой психогенной природы ее сексуального расстройства, хотя справедливости ради следует отметить, что и до этих воздействий она самостоятельно пришла к правильному выводу о механизме существующего нарушения. По сути, мы лишь подтверждали и укрепляли сложившееся у нее видение данной проблемы.

Было проведено 10 сеансов гипносуггестивной терапии в варианте гипносуггестивного программирования. Типичный сеанс гипноза состоял из следующих блоков:

- Погружение в гипнотическое состояние (гипнотизация).
- Постепенное освобождение организма от опасений и страхов, связанных с возможным возникновением болевых и неприятных ощущений при половом акте, на счет от одного до пяти.
- Внушения, направленные на то, что болевые и неприятные ощущения, которые она испытывала при половом акте, остались в прошлом, ушли, рассеялись.
- Суггестия, что при ласках и поцелуях происходит увлажнение влагалища, и при фрикциях защитная пленка лубриката находится между членом и стенками влагалища, что исключает возможность возникновения неприятных и болевых ощущений.
- Заполнение организма уверенностью в том, что половой акт будет сопровождаться только приятными сладострастными ощущениями.
- Закрепление действия сделанных внушений («Все сказанные мною слова, все сделанные мною внушения хорошо фиксируются вашей памятью, вашей психикой, вашей нервной системой, что определит улучшение в состоянии вашего здоровья, которое вы будете испытывать после окончания гипнотического сеанса»).
- Выведение из гипнотического состояния (дегипнотизация).

Иногда при проведении гипнотического сеанса делались внушения на постепенное (на счет до пяти) наполнение организма покоем, а потом, что покой нормализует состояние нервной системы, психики и оказывает оптимизирующее воздействие на функции головного мозга, и это приводит к нормализации деятельности всего организма.

От приема гизадепама (приняла всего 2 таблетки) пациентка отказалась, так как, по ее мнению, какой-либо эффект от их приема отсутствовал.

Было проведено 10 сеансов гипносуггестивной терапии.

В результате проведенной терапии перестала избегать проведения половых актов, стала жить регулярной половой жизнью, усилилось половое влечение, боль при половых актах и после их проведения практически перестала возникать.

Если сексологический диагноз абсолютно понятен, то «мочевая» симптоматика нуждается в специальном обсуждении. Как отмечалось нами выше, обследования, проведенные урологами, никакой воспалительной патологии у пациентки не выявили. Однако известно, что редкой причиной цисталгий являются врожденные анатомические особенности. С другой стороны, большое внимание в происхождении

этой патологии уделяют психоэмоциональным факторам, которые могут иметь соматические проявления. В этом плане целесообразно привести высказывания пациентки, которая отметила, что когда она делает что-то неприятное (конкретно имела в виду постоянное напряжение, связанное с защитой диплома), то «мочевые» симптомы появляются или усиливаются. Также вспомним о ее заявлении, что когда она не живет половой жизнью, то эти симптомы у нее не возникают, хотя в данном случае нельзя исключить и влияние соматического (анатомического) фактора. Кроме того, следует фиксировать внимание на том, что в современных психиатрических классификациях существует рубрика, где речь идет о соматоформных расстройствах, которые могут проявляться и «мочевой» симптоматикой, обусловленной влиянием психогенных факторов.

#### Відомості про автора

**Кочарян Гарнік 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. Кочарян Г.С. Диспареуния как клиническая проблема // Здоровье мужчины. – 2020. – № 3 (74). – С. 65–74. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2020.216073>
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
4. ICD-11. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/ICD-11> (the date of the reference: 01.08.2020).

Статья поступила в редакцию 23.11.2020

## Журнал «Здоровье мужчины» индексується та/або представлений тут:

- Бібліометрика української науки (Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського);
- Directory of Open Access Journals (DOAJ)
- Science Index (eLIBRARY.RU);
- Crossref;
- Google Scholar/Academia;
- WorldCat;
- OpenAIRE.

