

# Сексуальная аверсия и отсутствие полового влечения у женщины: Случай из клинической практики

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье представлен клинический случай, где речь идет о больной А., 25 лет, которая замужем 1 год, а до этого в течение 5 лет была в гражданском браке со своим нынешним супругом, которому 30 лет. Детей нет. При обращении заявила, что 1,5 года испытывает сексуальную аверсию к мужу (когда он пытается ее обнять, то она ощущает ползание мурашек на руках и на спине, чувство комка в горле, желание плакать). Связывает это с тем, что муж «не уделял ей достаточного внимания», не защищал ее от нападков своих родственников, выступал на стороне своей матери, обвиняя жену в том, что виновницей конфликтных отношений между женщинами была пациентка. Сексуальное влечение к мужу отсутствует. Половая жизнь – один раз в неделю. Допускает мужа к себе, когда она выпьет алкоголь. Месяц тому назад завершился период, когда 8 мес вообще не допускала его к себе. Муж терпит ограничения в половой жизни, любовницы у него нет. Четыре месяца назад рассталась с любовником, с которым встречалась 3–4 мес. К нему аверсии не испытывала. С течением времени путем продолжительных разговоров ей удалось добиться того, что ее муж полностью принял ее сторону в конфликте с его родителями, и супруги даже прекратили общаться с ними.

При дополнительном обследовании удалось выявить ряд характерологических особенностей пациентки и, в частности, истероидность, что подтвердило наши клинические наблюдения. Была выявлена сексуальная аверсия, отсутствие полового влечения (селективные варианты), развившиеся по конверсионному (истерическому) механизму. Проводилось лечение с помощью когнитивных воздействий и гипносуггестивная терапия (проведено семь сеансов). Когнитивные воздействия были направлены на полное принятие пациенткой того, что в настоящее время муж всецело поддерживает её, и что на него можно полностью положиться. Объяснялось, что в некоторых случаях в основе расстройств может лежать механизм условной приятности/желательности (конверсионный механизм). Но это делалось в очень аккуратной и мягкой форме, так как при прямолинейном объяснении этого механизма («вам это выгодно») можно получить негативную реакцию и лечение может быть прервано больными.

Отмечалось, что сексуальные дисфункции могут быть результатом влияния психологических факторов: ее плохих отношений с родителями мужа и с ним. Суггестия в гипнотическом состоянии, в частности, была направлена на элиминацию сексуальной аверсии, появление полового влечения к мужу, возникновение приятных ощущений при его ласках и поцелуях, наличие воллестических (сладоэротических) ощущений при фрикциях во время полового акта. Проводилось и моделирование половых актов. Также внушалось, что муж – ее защитник, выступает на ее стороне, и что на него можно полностью положиться. В результате проведенного лечения сексуальные аверсия к мужу нивелировалась и полностью восстановилось половое влечение к нему.

**Ключевые слова:** сексуальная аверсия, отсутствие полового влечения, конверсионный механизм, женщина, когнитивные воздействия, гипносуггестивная терапия.

## Sexual aversion and lack of sexual desire in woman: a case from clinical practice

G.S. Kocharyan

The article presents a clinical case with a 25-year-old female patient A., who has been married for 1 year, but before she was in a common-law marriage during 5 years with her present spouse, who is 30. They have not got any children. When she sought medical advice the patient informed that during 1.5 years she had been feeling sexual aversion to her husband (when he tried to take her in his arms, she had creeping sensations on her arms and back, a feeling of lump in her throat, and a desire to cry). She attributed it to the fact that her husband “does not pay enough attention to me”, he did not defend her against accusations from the side of his relatives and stood with his mother, faulting the patient for causing conflictual relations between the women. She did not feel any sexual desire toward her husband. Their sexual life was once a week. She let her husband loose with her only after she drank alcohol. A month before it was the end of their 8-month period, when she did not let her husband loose with her at all. Her husband put up with restrictions in their sexual life; he did not have any lover. Four months before she parted with her lover, with whom she was going 3-4 months. She did not feel any aversion to him. With time, by means of long conversations she succeeded in making her husband completely take her part in the conflict with his parents, and the spouses even severed any contacts with them.

Our additional examination succeeded in revealing a number of the patient's characterological peculiarities, particularly histrionic personality disorder, this fact confirming our clinical observations. The following diagnosis was made: sexual aversion, absence of sexual desire (selective variants) with development by the conversion (hysterical) mechanism. Treatment was provided with help of cognitive effects and hypnosuggestive therapy (its seven sessions were given). The cognitive effects were targeted at the patient's complete acceptance of the belief that her husband fully supported her at that time and was entirely reliable. It was explained that in some cases disorders might base on the mechanism of conditioned pleasantness/desirability (conversion mechanism). But it was done in a very nuanced and kind way, since a straight-line explanation of this mechanism (“it is in your interests”) may cause a negative response and the treatment may be discontinued by patients.

It was pointed out that sexual dysfunctions could result from influence of psychological factors: her bad relationships with her husband's parents and with him. Suggestion in the hypnotic state was particularly targeted at elimination of sexual aversion, appearance of sexual desire toward her husband, generation of pleasant sensations during his caresses and kisses, presence of voluptuous (lascivious) sensations in frictions during coitus. Sexual intercourses were modelled too. It was also suggested that her husband was her defender, he stood with her and was entirely reliable. As the result of the given treatment, sexual aversion to the patient's husband was nullified and her sexual desire toward him was completely restored.

**Keywords:** sexual aversion, lack of sexual desire, conversion mechanism, woman, cognitive influences, hypnosuggestive therapy.

## Сексуальна аверсія і відсутність статевого потягу у жінки: випадок із клінічної практики Г.С. Кочарян

У статті наведено клінічний випадок, де мова йде про хвору А., 25 років, яка одружена 1 рік, а до цього протягом 5 років була в цивільному шлюбі зі своїм нинішнім чоловіком, якому 30 років. Дітей немає. При зверненні заявила, що 1,5 року зазнає сексуальну аверсію до чоловіка (коли він намагається її обійняти, відчуває повзання мурашок на руках і на спині, відчуття комка у горлі, бажання плакати). Пов'язує це з тим, що чоловік «не надавав їй достатньої уваги», не захищав її від нападів своїх родичів, виступав на боці своєї матері, звинувачуючи дружину в тому, що винуватицею конфліктних відносин між жінками була пацієнтка. Сексуальний потяг до чоловіка відсутній. Статеве життя – один раз на тиждень. Допускає чоловіка до себе, коли вона вип'є алкоголь. Місяць тому завершився період, коли 8 міс взагалі не допускала його до себе. Чоловік терпить обмеження у статевому житті, коханки у нього немає. Чотири місяці тому розлучилася з коханцем, з яким зустрічалася 3–4 міс. До нього аверсії не відчувала. Через деякий час шляхом тривалих розмов вона змогла переконати чоловіка, щоб він повністю прийняв її сторону в конфлікті з його батьками, і подружжя навіть припинило спілкуватися з ними.

Під час додаткового обстеження вдалося виявити низку характерологічних особливостей пацієнтки і, зокрема, істероїдність, що підтвердило наші клінічні спостереження. Було виявлено сексуальну аверсію, відсутність статевого потягу (селективні варіанти), що розвинулися за конверсійним (істеричним) механізмом. Проводилось лікування за допомогою когнітивних впливів і гіпноугестивна терапія (проведено сім сеансів). Когнітивні впливи були спрямовані на повне прийняття пацієнткою того, що на сьогодні чоловік цілком підтримує її, і що на нього можна повністю покластися. Пояснювалося, що в деяких випадках в основі розладів може лежати механізм умовної приємності/бажаності (конверсійний механізм). Але це робилося в дуже акуратній і м'якій формі, позаяк при прямолінійному поясненні цього механізму («вам це вигідно») можна отримати негативну реакцію, і лікування може бути перерване хворими.

Зазначалося, що сексуальні дисфункції можуть бути результатом впливу психологічних факторів: її поганих відносин з батьками чоловіка і з ним. Сугестія в гіпноугестивному стані, зокрема, була спрямована на елімінацію сексуальної аверсії, появу статевого потягу до чоловіка, виникнення прийнятних відчуттів при його ласках і поцілунках, наявність волюстичних (хтивих) відчуттів при фриктиках під час статевого акту. Проводилось і моделювання статевих актів. Також сугестувалося, що чоловік – її захисник, виступає на її боці, і що на нього можна повністю покластися. У результаті проведеного лікування сексуальна аверсія до чоловіка нівелювалася, і повністю відновився статевий потяг до нього.

**Ключові слова:** сексуальна аверсія, відсутність статевого потягу, конверсійний механізм, жінка, когнітивні впливи, гіпноугестивна терапія.

Сексуальна аверсія являється проблемою, которая относительно мало представлена в отечественной литературе. Вместе с тем данная проблема подробно и всесторонне была охарактеризована нами ранее [1, 2]. Следует отметить, что диагностируется это расстройство, по-видимому, гораздо реже, чем есть на самом деле, так как «заслоняется» нарушением «функциональных» и понятных характеристик полового цикла (эрекция, эякуляция, половое влечение, оргазм). Сексуальная аверсия (отвращение) в МКБ-10 определяется следующим образом: «Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой активности» [3]. Данное расстройство соответствует шифру F52.10 указанной классификации. Отсутствие или потеря полового влечения (код F52.0 в МКБ-10) находятся в первом ряду сексуальных дисфункций у женщин.

В данной статье представлено наше клиническое наблюдение, где речь идет о сочетании у женщины сексуальной аверсии и отсутствия полового влечения.

### Клинический случай

Больная А., 25 лет, замужем 1 год, до этого в течение 5 лет была в гражданском браке со своим нынешним супругом, детей нет. Имеет высшее гуманитарное образование, по специальности не работает. Работает на одном из заводов, где оформляет заграничные командировки. Обратилась за лечебной помощью 26.08.2016 г. Мужу 30 лет, имеет высшее техническое образование, работает на заводе начальником участка. Живут с мужем в однокомнатной съемной квартире.

**Жалобы и анамнез.** В течение полутора лет испытывает сексуальную аверсию к мужу. Когда он пытается ее обнять, ощущает ползание мурашек на руках и на спине, чувство комка в горле, желание плакать. В этот момент просит мужа, чтобы он к ней не приставал. Сначала это было обусловлено тем, что в течение трех последних лет он играл в компьютерные игры и, по ее мнению, не уделял ей достаточного внимания (*правда, выяснилось, что он играл в них изредка!*). Сексуальное влечение к мужу отсутствует.

Также пациентка вспоминает эпизод, когда они в течение примерно полугода жили на квартире бабушки будущего мужа в Москве вместе с другими его родственниками (его бабушкой, двоюродной сестрой и ее мужем). Однажды дядя мужа – отец его двоюродной сестры – начал говорить о

том, что бабушка скоро умрет, и нужно решить, как они будут делить квартиру. Пациентка возмутилась возможности обсуждения этого вопроса в таком ракурсе, и дядя начал на нее кричать («кто ты тут такая?»). Тогда она и ее партнер еще не были женаты. **Последний воздержался от комментариев, и ей было это неприятно.** Сейчас для нее это неважно, но тогда было ударом, что их выстали на улицу. Интересно, что это сделала бабушка мужа, так как его родственники преподнесли ей все так, как будто именно пациентка подняла вопрос о том, как они будут делить квартиру бабушки, которая скоро умрет.

Кроме того, пациентка сообщает, что когда они жили в этой квартире, бабушка могла зайти в комнату, где они разместились, в любой момент, в том числе и тогда, когда они занимались сексом. Это было причиной их ссор.

Вторым безусловным фактором, который определяет существование сексуального расстройства (помимо компьютерных игр мужа), по мнению пациентки, послужили следующие обстоятельства. Когда сожителю по предложению родителей мужа, которые обещали купить им квартиру, 3–4 мес назад переехали из Москвы в Харьков, где и поженились, прямо на свадьбе его мама начала выяснять с пациенткой отношения. После этого они поссорились. **Когда были ссоры со свекровью, супруг ее не защищал, и она почувствовала себя одинокой.** И сейчас себя такой чувствует. Родители мужа не только не купили им квартиру, но даже не захотели сделать дарственную на сына, так как боялись, что он может затем оформить документы, согласно которым его жена также будет владельцем квартиры. Мать мужа заявила пациентке, что она не любит их сына и обожала его у них. **Сначала муж был на стороне матери и обвинял свою жену в том, что причиной конфликтных отношений была именно она.** В настоящее время ни она, ни муж с его родителями не контактируют. Это стало результатом 3–4-часовых бесед супругов, во время которых пациентка говорила мужу, что его мать не должна вмешиваться в их отношения, то есть **через время супруг полностью принял ее сторону. В настоящее время относится к мужу как к другу, говорит, что он надежный, что она испытывает по отношению к нему доверие, и что он может защитить ее от его родителей.**

Ей нравится внешность мужа, неприятных запахов от него нет, однако половое влечение к нему отсутствует. Раньше испытывала по отношению к нему обиду, а сейчас – без-

различие. Воспринимает его как друга, а не как мужа. Сейчас половой жизнью супруги живут 1 раз в неделю. Допускает мужа к себе, когда она выпьет алкоголь. Но в этих случаях оргазм у нее не возникает. Месяц тому назад кончился период, когда 8 месяцев вообще не допускала его к себе. Муж терпит ограничения в половой жизни, любовницы у него нет. Они ругаются, считает себя виновницей ссор, так как связывает их со своей раздражительностью. Вообще же оргазм у нее наступает, но только тогда, когда она лежит на животе, а партнер располагается сзади и оказывает давление на лобок простыней, которая находится у нее между ног, или давит ладонью на лобок сверху вниз. Считает, что это связано с воздействием на клитор.

Четыре месяца назад рассталась с любовником, с которым встречалась 3–4 месяца. К нему аверсии не испытывала. Познакомились с ним в другом городе. Потом он приезжал к ней. Их встречи и, соответственно, половые акты были редкими. Расстались с ним из-за того, что он проявил по отношению к ней агрессию (потаскал за волосы).

Помимо сексуальной аверсии, отмечает у себя чуткий сон (сколько себя помнит). В настоящее время после сна не чувствует себя отдохнувшей. Днем приходит в себя. После того как переехали в Харьков (3–4 последних месяца), отмечает повышенную раздражительность и вспыльчивость, что связывает с конфликтами с родителями мужа, а также с тем, что в течение трех последних лет он играет в компьютерные игры. Также жалуется на чувство комка в горле, «стянутость» в области солнечного сплетения («кирпич»), непостоянную тревогу. Эти симптомы также присутствуют в течение 3–4 последних месяцев. Один месяц назад в течение 2 нед ничего не хотела делать, даже отпрашивалась с работы. Лежала, ничего не делала, даже на улицу не выходила, испытывала из-за этого ненависть к себе. Объясняет это семейными дрязгами.

В феврале 2016 года пациентке удалили фиброму матки. Гинеколог сказал ей, что от беременности следует воздерживаться 2–3 года. В связи с этим принимает контрацептивное гормональное средство.

Менструации по 6–7 дней через 21 день, ранее (до начала приема контрацептивного препарата) были по 5–6 дней через 28–29 дней. Курит 20 сигарет в день (муж не курит). Алкоголь употребляет один раз в неделю в виде красного полусладкого вина (может выпить бутылку). Наркотики не употребляет.

**Объективно.** Рост 165 см, масса тела 58–59 кг, носит второй размер бюстгалтера. Волосы на лице не растут, вокруг сосков грудных желез волос мало. Мало волос на руках и на ногах. Лобок выбрит. Сообщает, что оволосение на лобке с горизонтальной верхней границей.

**Самохарактеристика пациентки.** Я могу себя охарактеризовать как личность с такими чертами характера.

**Отрицательные черты:** несдержанность, вспыльчивость, непостоянство, недоверие к людям. После череды пережитых событий (*имеет в виду эпизод, когда из-за наговора бабушка мужа выставила их из своей квартиры в Москве и конфликты с матерью мужа*) возникло резкое к ним недоверие и восприятие новых людей как личностей, которые обязательно ищут какую-то выгоду от общения с ней. «Ожидая от каждого человека какой-либо подвоха, пытаюсь просчитать ситуацию наперед: как человек, с которым я общаюсь, мог бы меня подставить. Зачастую так и случается, и я получаю наслаждение от того, что оказалась права. В тех же случаях, когда оказываюсь не права, чувствую себя виноватой в том, что с недоверием отнеслась к людям, которые просто искренне хотели общаться. Так же отрицательными чертами своего характера считаю склонность транжирить деньги и желание порой подавлять людей, которые пытаются в чем-то подавить меня, особенно в таких жизненных ситуациях, когда я не согласна с их мнением».

**Положительные черты:** умение быстро отходить после конфликтных ситуаций, милосердие (желание помогать людям, которые в этом нуждаются), отсутствие жадности, обладание лидерскими качествами, целеустремленность, чувство юмора.

**Дополнительные исследования.** С целью углубления представлений о характерологических особенностях пациентки, был использован опросник Леонгарда-Шмишека [4]. Полученные в результате компьютерной интернет-обработки результаты приведены в таблице.

Выявленные акцентуации характеризуются следующим образом [4]:

**Демонстративный тип.** Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму, позерству. Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроения) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании обычно связано с потребностью ощущать себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка сильно далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями.

**Опросник Леонгарда-Шмишека (26.09. 2016 г.)**

Акцентуации характера	Ваше значение (0–24)	Комментарий
Демонстративность, истероидность	20	признак акцентуации
Застревание, ригидность	20	признак акцентуации
Педантичность	14	средняя степень выраженности свойства
Неуравновешенность, возбудимость	6	свойство не выражено
Гипертимность	18	средняя степень выраженности свойства
Дистимичность	9	свойство не выражено
Тревожность, боязливость	18	средняя степень выраженности свойства
Циклотимичность	21	признак акцентуации
Аффективность, экзальтированность	18	средняя степень выраженности свойства
Эмотивность, лабильность	21	признак акцентуации

ниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь, или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

**Застревающий тип.** Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен «легко отходить» от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется, и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основными чертами является склонность к аффектам (обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в их проявлении, в мышлении и моторике.

**Циклотимный тип** характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Ему свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у таких людей гипертимию (жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей); печальные – подавленность, замедленность реакций и мышления. Так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми.

**Эмотивный тип.** Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта – гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность. Такие люди впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескиваются» наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

**Диагноз (сексологический).** Сексуальная аверсия, отсутствие полового влечения (селективные варианты), развившиеся по конверсионному (истерическому) механизму.

**Рекомендовано:** когнитивные воздействия в состоянии бодрствования, гипносуггестивная терапия с включением когнитивного компонента.

**28.08.2016 г. Проведен 1-й сеанс гипносуггестивной терапии.** Проводились внушения, направленные на:

- избавление от раздражительности и тревоги;
- заполнение организма покоем;
- появление полового влечения к мужу;
- возникновение приятных ощущений при его ласках и поцелуях;

- то, что муж – ее защитник, выступает на ее стороне, и что на него можно полностью положиться.

**31.08.2016 г.** Отмечает, что раздражительность и тревога уменьшились. Если до первого сеанса гипноза по 10-балльной шкале раздражительность условно составляла 10 баллов, то сейчас 5–6. Половое влечение к мужу не появилось. Если он ласкает ее с перспективой дальнейшего проведения поло-

вого акта, то это вызывает неприятные ощущения, «мурашки» на руках, хочется оттолкнуть его, уйти в другое место. Чувство комка в горле уже не появляется. Отмечает, что с того момента, как обратилась ко мне за помощью, прекратила прием гиадепама (0,05 г), который принимала утром по рекомендации подруги (во время описанного выше депрессивного состояния, которое было месяц назад и продолжалось 2 нед).

**31.08.2016 г. Проведен 2-й сеанс гипносуггестивной терапии.** Проводились такие же внушения, как и на первом сеансе. Дополнительно суггестировалось, что при общении с мужем она спокойна и чувствует себя комфортно.

**02.09.2016 г.** Состояние продолжает улучшаться. На работе абсолютно спокойна, не нервничает даже тогда, когда случаются обычно «выводящие» ее из себя воздействия. При общении с мужем тоже спокойна. Половой близости не было из-за отсутствия у нее желания. Сейчас неприятных ощущений при ласках и поцелуях мужа нет. Может даже обнять и поцеловать его. Половое влечение к мужу отсутствует, к другим мужчинам – сохранено.

**02.09.2016 г. Проведен 3-й сеанс гипносуггестивной терапии.** Проводилась суггестия, направленная на уменьшение повышенной раздражительности и вспыльчивости, заполнение организма покоем. Внушалось, что в любой ситуации, в том числе и при общении с мужем, она будет спокойной и уравновешенной. Также внушалось, что половое влечение к мужу усиливается, а его ласки и поцелуи ей приятны, так же как и фрикции члена во влагалище. Кроме того, программировалось нормальное течение полового акта.

**05.09.2016 г.** Половых актов с мужем не было. Каждую ночь снятся эротические сны. Речь идет о других мужчинах, которых не знает, но в последнем эротическом сновидении действующим лицом был актер, которого она знает. Полностью спокойна, сон хороший. Половое влечение к мужу отсутствует. В настоящее время, когда он ее обнимает вне контекста половых актов, это не вызывает у нее негативных реакций, однако представление о половом акте с супругом вызывает отвращение и неприятие.

**05.09.2016 г. Проведен 4-й сеанс гипносуггестивной терапии.** Проведены внушения, направленные на элиминацию сексуальной аверсии к мужу; усиление полового влечения к нему; на то, что ласки и поцелуи мужа ей приятны, также как и половые акты с ним. Вслед за гипносуггестивным программированием проводилось гипносуггестивное моделирование. Суггестировалось, и пациентка видела это, что муж ее целует и ласкает, когда они находятся в помещении вдвоем. После первых приятных моментов, когда отмечались положительные реакции на оказываемые воздействия, с началом их восприятия пациенткой в контексте возможного проведения полового акта, эротические воздействия на ее шею, которая является у нее выраженной эрогенной зоной, стали неприятны. Тогда исчезло зрительное представление (сюжет), что они находятся с мужем. Вместо этого в помещении, в котором они находились вдвоем, она увидела только себя одну. Потом моделировалось, что она находится в интимной обстановке с артистом, которого видела в последнем эротическом сновидении. При этом испытывала приятные ощущения, но как только я попытался заменить его лицо лицом ее мужа, сразу возникло неприятие интимной близости (работа сопротивления).

**10.09.2016 г.** Спокойна. Так часто не просыпается, как до начала лечения, но сон короткий. Спит до 5 часов утра, а потом просыпается каждые 15 мин. Начал сниться муж, он четвертый день в командировке. Во сне видела, как проводит с ним половые акты (два дня назад ночью и сегодня во время дневного сна). Каждый раз при этих ночных эротических сновидениях возникал оргазм. Начала скучать по супругу.

**10.09.2016 г. Проведен 5-й сеанс гипносуггестивной терапии.** Проводились внушения на улучшение сна, усиление полового влечения к мужу, возникновение приятных ощущений во время ласк и поцелуев с ним, программирование нормального течения полового акта с супругом, но без внушения наступления оргазма. Затем моделировалась половой акт с супругом. Когда видела, что муж ее целует, «было нейтрально, но не противно». «Нейтрально и непротивно» было и после введения члена во влагалище и его фрикциях, то есть аверсии практически не было.

**16.09.2016 г.** Скучает по мужу (он продолжает находиться в командировке). В бодрствующем состоянии порой представляет, как она занимается с ним сексом. Эротически снов за это время не было. Когда разговаривает с мужем по телефону, он не узнаёт её, так как произошли существенные изменения: общается с ним лучше, подчас с нежностью. Стала ощущать его надежным для себя человеком, на которого можно положиться.

**16.09.2016 г. Проведен 6-й сеанс гипносуггестивной терапии.** Проводились внушения, что муж надежный человек, на которого можно положиться и который ее защитит. Также суггестировалось усиление полового влечения к мужу, возникновение приятных ощущений при его ласках и поцелуях, сопровождающихся сексуальным возбуждением. Затем программировался успешный половой акт. После этого моделировалось его проведение. При этом при ласках и поцелуях мужа (прелюдия) чувствовала приятные сладострастные ощущения, а при фрикциях испытываемые ей ощущения были нейтральными.

Таким образом, во время этого сеанса отмечался некоторый прогресс по сравнению с прошлым сеансом, так как тогда ощущения при ласках и поцелуях при моделировании полового акта были нейтральными.

**21.09.2016 г.** Муж в пятницу (16.09.2016 г.) вернулся из командировки. В субботу выпила 150 г красного полусладкого вина и появилось желание провести половой акт. Всё было хорошо: были полные хорошие ощущения, никакой аверсии не было. Оргазм не наступил, но она и не стремилась его получить.

**21.09.2016 г. Проведен 7-й сеанс гипносуггестивной терапии.** При гипносуггестивном программировании проводились те же внушения, что и на предыдущем сеансе, но дополнительно к этому суггестировалось насыщение организма покоем, а также то, что отныне пациентка будет спокойна всегда и везде. Кроме того, осуществлялись внушения, направленные на нормализацию ночного сна. Моделирование полового акта в этот раз не проводилось.

**26.09.2016 г.** Пациентка с мужем переехала с квартиры, которая находится в центре города, где они жили бесплатно у знакомых, на другую квартиру. За эту квартиру уже нужно было платить, к тому же она находится не в центре города. Данная квартира пациентке не нравится: «я там спать нормально не могу». Все не нравится в этой квартире (шкаф, кровать, «на которой неизвестно кто спал», и т. п.). Сексом вообще не хочется заниматься, эротических снов также нет.

**10.10.2016 г.** Неделю назад по настоянию супруги переехали на прежнюю квартиру. При этом потеряли значительную сумму, которую заплатили за съём квартиры, которая не понравилась. Тогда дней 10 болела гриппом, который осложнился гайморитом. Потом было 2 половых акта с мужем (один вчера, а другой за 5 дней до этого). Отмечает, что половое влечение к мужу вернулось полностью, сексуальной аверсии нет, оргазм наступает, т. е. все вернулось на круги своя.

**16.10.2016 г.** При половой жизни с мужем все нормально. 13.10.2016 г. муж уехал на полгода работать в Таиланд. Изменять ему не собирается.

Следует отметить заявление пациентки, что она даже не ожидала такого результата от лечения. За время его проведения она не принимала никаких медикаментов, хотя я и рекомендовал их прием.

Периодически на протяжении всего лечения мною проводились когнитивные воздействия. Так, объяснялось, что в некоторых случаях в основе расстройств может лежать механизм условной приятности / желанности (конверсионный или истерический механизм). Но это делалось в очень аккуратной и мягкой форме, так как при прямолинейном разъяснении этого механизма («вам это выгодно») можно получить негативный эффект. Люди с истерическим характерологическим радикалом, который четко определяется у нашей пациентки, даже могут прервать лечение, разозлиться на врача, посчитать его некомпетентным, а также создать ему негативную профессиональную репутацию. Мы объясняли пациентке, что психологические проблемы могут проявляться различными симптомами, в том числе сексуальной аверсией и отсутствием полового влечения.

Причиной психологических проблем, которые привели к возникновению этих нарушений, явилось отношение к мужу, который не хотел защитить ее от его родителей, с которыми она в соре. Более того, он принял их сторону. Мы сделали акцент на то, что в настоящее время он изменил свою позицию и стал всецело поддерживать жену, вплоть до того, что не только пациентка, но и он сам прекратили общаться с его родителями. Поэтому нами фиксировалась идея о том, что он надежный человек, поддерживающий ее, который может ее защитить. Мы осуществляли такие воздействия, несмотря на то, что к этому заключению она сама приблизилась к началу лечения, хотя эта идея и не возымела своего действия, и она продолжала хранить на него обиду. Такие когнитивные воздействия также вставлялись и в ткань гипнотических сеансов. Все это привело к улучшению её состояния. Негативный срыв случился в результате переезда в квартиру, которая ей не нравилась. Тогда ее потеря интереса к сексу с мужем выполняла манипулятивную функцию: «давай вернемся в прежнюю квартиру, и все восстановится». Естественно, что сама пациентка этого не понимала. Как только они переехали на прежнюю квартиру, ее сексуальные функции полностью нормализовались. Пациентка даже заявила, что она и не думала, что в результате лечения может быть достигнут такой результат.

Следует отметить, что в существовании сексуального расстройства у пациентки сыграли роль и другие, помимо демонстративной, акцентуации характера. Так, застревание и ригидность способствовали развитию долговременной обиды на родителей мужа и самого мужа. Обида на мужа сохранялась даже после того, как он полностью принял её сторону. Циклотимичность же могла послужить фактором, способствующим возникновению у пациентки описанного нами депрессивного состояния, возникшего без внешних воздействий достаточной силы (развилось месяц назад и существовало в течение 2 нед), в основе которого также мог находиться конверсионный механизм.

Для лучшего понимания конверсионного (истерического) механизма формирования патологии, приведу демонстративный пример из своей психотерапевтической практики. К нам обратилась женщина с жалобами на ощущение комка в горле. С этой жалобой она консультировалась у пяти или шести отоларингологов, но ни один из них не выявил у нее какой-либо соматической патологии и, соответственно, не порекомендовал ей никакого лечения. При обращении ко мне удалось выяснить следующее. Когда эта женщина вышла на пенсию, то уехала из Харькова в один из районов Харьковской области, где жила с одним мужчиной. Через некоторое время их отношения испортились, и у неё появилось чув-

ство комка в горле. Тогда она приехала в Харьков и начала икать лечебную помощь. Однако ее сожитель ни разу не позвонил ей и не поинтересовался состоянием ее здоровья, что и поддерживало существование данного симптома, который служил сигналом, что он должен изменить свое отношение к ней. Практически со стопроцентной уверенностью можно прогнозировать, что если бы он поинтересовался состоянием ее здоровья, проявил какое-то участие, лучше бы стал к ней относиться, то этот симптом просто бы сам нивелировался, если не сразу, то в течение небольшого промежутка времени. В данном случае я не стал говорить пациентке, что чувство комка в горле – условно приятный / желанный для нее манипулятивный симптом, направленный на изменения отно-

шения к ней мужчины. Вместо этого мы объяснили ей, что конфликтные отношения с сожителем явились причиной их отражения / проявления на соматическом уровне (спазм мышц пищевода), и что нормализация этих отношений приведет к устранению патологического симптома.

Возвращаясь к обсуждаемому случаю сексуального расстройства, следует отметить, что всегда, за исключением нескольких раз (когда я являлся инициатором), даже находясь в другом городе в командировке, муж договаривался со мной о консультациях и лечебных сеансах пациентки. Я расценил это как проявление её установки, что он должен отработать вину своих родителей и свою, так как в свое время не защитил ее от них.

#### **Відомості про автора**

**Кочарян Гарник Суменович** – Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна, 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 Surenovich** – Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, 58 Amosova str., Kharkiv, 61176, Ukraine; 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, Украина, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521- 61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

#### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Кочарян Г.С. Сексуальная аверсия: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 9. – С. 7–14.
2. Кочарян Г.С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Спб.: АДИС, 1994. – 304 с.
4. Опросник Леонгарда-Шмишека. – URL: <http://psychojournal.ru/schniieschek.html> (дата обращения: 26.09.2016).

*Стаття надійшла до редакції 16.02.2021*