

SECTION: SEXOLOGY AND GENDER PSYCHOLOGY

РОЗДІЛ: СЕКСОЛОГІЯ ТА ГЕНДЕРНА ПСИХОЛОГІЯ

UDC 618.17-009.7

DOI: 10.26565/2410-1249-2021-15-05

СЕКСУАЛЬНА АВЕРСІЯ І ВІДСУТНІСТЬ СТАТЕВОГО ПОТЯГУ У ЖІНКИ:
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК[†]

Г. С. Кочарян

Харківська медична академія післядипломної освіти

вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176, Україна

E-mail: kocharyan@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3797-5007>

Сексуальна аверсія є проблемою, яка мало обговорюється у медичній літературі. У статті наводяться визначення сексуальної аверсії в деяких класифікаціях і динаміка уявлень про цю патологію, яка відображена в інших класифікаціях. На думку автора вилучення її із списку сексуальних розладів в певних класифікаціях не може скасувати саме її існування. Наводиться клінічне спостереження автора, де мова йде про психогенну сексуальну аверсію і відсутність статевого потягу. Хвора Б., 38 років, одружена 3,5 роки, дітей немає. Освіта вища, працює за спеціальністю. Чоловікові 36 років, освіта – ПТУ. Останні 3 роки він не працює (начебто хоче знайти підходящу роботу, але не може нібито її знайти). Фінансування їх сім'ї здійснює пацієнтка. На питання, що ж її турбує, хвора повідомила наступне: «Я його не хочу. У мене немає бажання займатися сексом ні з ним, ні з будь-ким іншим. Не сприймаю його як чоловіка, так як він не працює, грошей в сім'ю не приносить, ніяких домашніх справ не робить. Я його більше сприймаю як брата чи як сина свого». Також у мене сексуальна огида до чоловіка. Коли він підходить до мене і починає цілуватися, мені противно, якимось неприємним почуттям, як «слимак якийсь лізе». Відчуває по відношенню до чоловіка почуття огиди. Їй неприємні його дотики. «Почалося якимось відторгнення». Дозволяє чоловікові проводити статевий акт лише 1 раз на місяць. Сексуальну огиду до чоловіка описує наступним чином: «Ось він підходить і починає губи до мене тягнути, і мені вже сам запах його неприємний стає, хоча раніше мені подобалося, як від нього пахло, але запах той же самий. Потім він починає мене цілувати, і ці слини я взагалі ненавиджу, а раніше до них нормально ставилася. І борода колеться. Мені це теж не подобається, а раніше нормально сприймала. Також мені не подобається, що він схуд. Такий худий став, уже худіше мене, хоча він їсть добре. Але він сидить на дієті через хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту. Він став якийсь щупленький. У нього вже така статура, він вже на жінку схожий. Раніше він таким не був. Він був вгодованим і міцним, займався спортом. А тепер каже, що хворий, відчуває себе погано, і що у нього болить живіт». Те, що описано в скаргах, почалося більше року тому. У результаті аналізу я прийшов до висновку, що сексуальний розлад розвинувся у пацієнтки як наслідок психотравмуючих впливів, обумовлених тим, що чоловік тривалий час не працює і, природно, нічого не заробляє. До цього слід додати, що в результаті хронічної патології шлунково-кишкового тракту погіршилися його зовнішні дані. Пацієнтка звернулася за медичною допомогою, щоб розібратися в собі і з'ясувати причини своїх сексуальних проблем. Коли вона повністю усвідомила їх психогенний характер і оцінила складності, з якими може бути пов'язана терапія, то не виявила бажання лікуватися.

Ключові слова: сексуальна аверсія, відсутність статевого потягу, жінка.

Сексуальної аверсії є проблемою, яка мало обговорюється в медичній літературі. Слід зазначити, що діагностується цей розлад, мабуть, набагато рідше, ніж має місце насправді, так як «затуляється» порушенням «функціональних» і зрозумілих характеристик статевого циклу (ерекція, еякуляція, статевий

потяг, оргазм). Сексуальна аверсія (відразу) в Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (1994, с. 189) визначається наступним чином: «Майбутній статевий зв'язок з партнером викликає сильні негативні почуття, страх або тривогу, що є достатніми, щоб спричинити ухилення від статевої активності».

[†] **How to cite:** Kocharyan, G. (2021). Sexual Aversion and Lack of Sexual Desire in Woman: A Case Report. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 15, 52-56. (in Ukrainian) <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2021-15-05>

Даний розлад відповідає шифру F52.10 зазначеної класифікації.

Відповідно до Діагностичного і статистичного керівництва по психічних розладах четвертого перегляду (DIAGNOSTIC CRITERIA From DSM-IV™. Fifth printing., 1996., p. 234) (США), до сексуального аверсивного розладу (sexual aversion disorder), який кодується шифром 302.79, відносять сексуальне порушення, яке характеризують такі критерії:

А. Постійна або періодична надмірна огида по відношенню до всіх або майже до всіх генітальних сексуальних контактів з статевим партнером і постійне або періодичне їх уникнення.

Б. Даний розлад зумовлюється помітним дистресом або інтерперсональними проблемами.

В. Ця сексуальна дисфункція краще не пояснюється іншим розладом Осі I (за винятком іншої сексуальної дисфункції).

Однак діагноз «сексуальна аверсія» не було включено в 2013 р. в DSM-V (сучасна класифікація, прийнята в США) через рідкісне використання і відсутність підтримуючих досліджень (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, 2013). Цей розлад також не було рекомендовано для включення в МКХ-11, в якій він буде відноситися до категорії «Розлад, пов'язаний з болем під час сексу» або позиціонуватися як окремий вид фобічного розладу (Geoffrey, et al., 2016.). На нашу думку, позбавлення даної патології діагностичного шифру не скасовує саме її існування.

За нашими спостереженнями (Kocharyan, 2007) сексуальна аверсія може бути як тотальною (вираженою по відношенню до всіх сексуальних партнерів), так і селективною (відмічатися тільки по відношенню до певного сексуального партнера). Природно, що за законом реципрокної інгібіції (неприємні переживання пригнічують приємні і навпаки) при тотальному варіанті сексуальної аверсії можна констатувати зниження статевого потягу до усіх чоловіків / жінок, в той час як при її селективному варіанті це зниження виражено тільки по відношенню до певного сексуального партнера. Крім цього,

згідно з нашими спостереженнями, сексуальна аверсія не завжди поєднується зі страхом статевої близькості. Проте наявність даного страху може призводити до появи сексуальної аверсії. Остання також може сприяти виникненню названого страху. Кардинальною ознакою сексуальної аверсії, як свідчить назва даної патології, слід вважати відразу до сексуальних контактів, яка поведінково проявляється їх униканням. Це уникання може досягатися, наприклад, використанням відмовок з посиланням на різні уявні причини, за якими статева близькість небажана або навіть неможлива, а також провокацій сварок, що виключають можливість її (статевої близькості) реалізації.

Наведемо наше клінічне спостереження, де сексуальна аверсія поєднувалася з ослабленням статевого потягу, аж до його відсутності.

Хвора Б., 38 років, одружена (перший раз) 3,5 роки, дітей немає. Освіта вища музична, працює артисткою хору. За лікувальною допомогою звернулася до мене 01.02.2021 р. Чоловікові 36 років, освіта – ПТУ. Останні 3 роки він не працює (начебо хоче знайти підходящу роботу, але не може нібито її знайти). Пацієнтка і її чоловік живуть з батьками чоловіка в їх приватному будинку, у них є окрема кімната.

Скарги і анамнез. На питання, що ж її турбує, хвора повідомила наступне: «Я його не хочу. У мене немає бажання займатися сексом ні з ним, ні з будь-ким іншим. Також у мене сексуальна огида до чоловіка. Коли він підходить до мене і починає цілуватися, мені противно, якесь неприємне почуття, як «слимак якийсь лізе». Відчуває по відношенню до чоловіка почуття огиди. Їй неприємні його дотики. Каже йому: «Не чіпай мене, до мене не підходь». «Почалося якесь відторгнення». Дозволяє чоловікові проводити статевий акт 1 раз на місяць (тоді він наполягає, йому треба, організм вимагає). Один раз їй навіть було боляче, вона плакала, і у неї була істерика. В процесі статевих актів потяг не з'являється, вона просто терпить, піхва не зволожується, всередині піхви при фрикціях відчуває неприємні («шорсткі») відчуття. Оргазм при статевому акті не настає, але якщо чоловік стимулює клітор, то

може виникнути. При цьому вона згадує якісь сюжети з порнофільмів, і тоді може збудитися і закінчити. Клітор чоловік стимулює пальцями. Ця стимуляція буває рідко (раз на 3-4 місяці – раз на півроку). За власною ініціативою він не хоче це робити, а вона не наполягає, так як у неї «просто таке виховання». Попередній період чоловік практично не проводить, а тривалість самого статевого акту становить 2-3 хв. Попередній період трапляється тільки за вимогами пацієнтки, які вона далеко не завжди пред'являє.

Коли я попросив її детально описати, в чому проявляється її сексуальна огида, вона розповіла наступне: «Ось він підходить і починає губи до мене тягнути, і мені вже сам запах його неприємний стає, хоча раніше мені подобалося, як від нього пахло, але запах той же самий. Потім він починає мене цілувати, і ці слюні я взагалі ненавиджу, а раніше до них нормально ставилася. І борода колеться. Мені це теж не подобається, а раніше нормально сприймала. Також мені не подобається, що він схуд. Такий худий став, уже худіше мене, хоча він їсть добре. Але він сидить на дієті через хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту. Він став якийсь щупленький. У нього вже така статура, він вже на жінку схожий. Раніше він таким не був. Він був вгодованим і міцним, займався спортом. А тепер каже, що хворий, відчуває себе погано, і що у нього болить живіт». Зараз з пропозицією провести статевий акт чоловік нечасто до неї звертається. Знає, що вона йому відмовить. Вона йому каже: «Я не хочу, давай не сьогодні, мені не хочеться, давай краще фільм подивимося». Скандали для того, щоб відмовитися від статевого акту, не влаштовує.

Те, що описано в скаргах, почалося більше року тому, але спочатку пацієнтка не надавала цьому значення. Пов'язує це з тим, що не сприймає чоловіка як чоловіка, так як він не працює, грошей в сім'ю не приносить, ніяких домашніх справ не робить. «Я його більше сприймаю як брата чи як сина свого». Вона фінансує їхню родину. Батьки чоловіку

допомагають: можуть його погодувати, щось купити, але в основному вона і її чоловік живуть на її зарплату. На неї можна прожити, але це не те, про що вона мріяла: ніякого особистого житла, ніякого хорошого відпочинку у відпустці, неможливо купити що-небудь істотне.

Коханця протягом всього періоду заміжжя у неї не було, так як вона дуже вірна людина. Чоловік такий же.

Познайомилися з майбутнім чоловіком як колишні наркомани (не ін'єкційні). Вона вживала речовини, що містять кодеїн, і коноплю. І вона, і він позбулися цієї залежності. У них почалися відносини. «Виходить, що раніше ми були наркозалежні, а тепер стали співзалежні». Ще рік тому в сексі було все добре, але при фрикціях тоді все одно не закінчувала. Для того, щоб виник оргазм, потрібно було стимулювати клітор. Повідомляє, що взагалі любить позу наїзниці, але супруг сам хоче бути зверху. У позі наїзниці вона могла кінчати і без додаткової стимуляції клітора.

Коли все це (сексуальний розлад) сталося рік тому, то перед цим ніяких особливих сварок з чоловіком не було, але вказує, що її мати постійно акцентувала її увагу на те, що її чоловік (пацієнтки) не працює, а повинен працювати і заробляти. Коли пацієнтка і її чоловік одружилися, він ще протягом 1-2 місяці працював, а потім сказав, що ця робота не для нього. Йому не подобалася і обстановка в колективі, де він працював.

На питання, як вона ставиться до свого чоловіка, відповіла наступне: «Ніяких планів немає. Якби у мене була своя житлоплоща, я б пішла. Хоча б на час. Я б пожила сама окремо. Може не весь час, але якийсь час я б сама прожила. Якщо він почне заробляти і стане мужнім, то, може бути, почуття і повернуться».

До неї батьки чоловіка ставляться добре. З ними у неї конфліктів немає. З приводу того, що їх син не працює, вони мовчать, «у них якась своя система».

До існуючого в даний час розладу з сексом у неї все було в порядку. За життя у неї було 10 чоловіків. Статеве життя почала в 17 років з молодим чоловіком. Переспали 1 раз, і вона його

більше ніколи не бачила. Тоді сталася дефлорація, особливої хворобливості не було, було дуже мало крові. Другий чоловік був уже під час її навчання у вищому навчальному закладі. З усіма чоловіками при статевих актах все було нормально. Сексуальної психотравматизації і будь-яких жорстких і больових впливів при статевих актах не було. Один раз була біль при проведенні анального статевого акту (випадковий одноразовий зв'язок). Тоді перед цим сильно напилася (взагалі анальним сексом не займається). Згвалтувань протягом життя не було.

Статеве виховання в батьківській родині не проводилося. Її мати і батько ненавиділи один одного. Мати їй завжди говорила, що «всі мужики – козли, і наш тато козел», але це сексу не стосувалося. У батьківській родині лідером була мати (батьки розлучилися, коли їй було 12 років). Пацієнтка також є лідером у власній родині.

Платонічне лібідо. У садку з 4-5 років їй подобалися хлопчик і дівчинка. Дівчинка показувала, як дорослі цілуються, і вони з нею обіймалися, цілувалися. Слід підкреслити, що в даний час у пацієнтки абсолютно гетеросексуальна орієнтація.

Еротичне лібідо прокинулося в 4-му – 5-му класі школи (в 11-12 років). Ні з ким не зустрічалася, хоча були пропозиції. Відмовлялася зустрічатися, тому що їй ніхто не подобався, і вона боялася.

Сексуальне лібідо прокинулося в 16-17 років ще до першого коїтусу. Тоді з'явилися фантазії, пов'язані зі статевим актом.

Мастурбація з 1-го класу, суто механічна. Стимулювала пальцем клітор. Не пам'ятає, щоб в перший раз виник оргазм, але незабаром він стався. При мастурбації не було потрібно якогось тривалого часу, щоб досягти оргазму. Мастурбувала 1 раз на місяць, іноді від нудьги, але суто механічно. Зараз теж іноді мастурбує (1 раз на 1-2 місяці). До цього завжди була така ж частота протягом тривалого часу. Оргазм при мастурбації настає щоразу. Зараз при мастурбації дивиться порно, де жінок гвалтують,

примушують до сексу. (Питання: «Вам подобається, щоб Вас примушували?» Відповідь: «Ну, напевно»). Лейсбійське порно не дивиться.

Еротичні сновидіння останнім часом 1 раз на 3 роки. Перші еротичні сновидіння з 14 років. Були 1 раз на 2-3 місяці. При еротичних сновидіннях оргазм не виникав. Снилися ласки, поцілунки і статеві акти, але статеві акти були вже не такими важливими.

Перший оргазм виник при мастурбації в дитинстві (в 7 років).

Місячні по 3-4 дні через 25 днів. Почалися в 9 років і були нерегулярними до 10 років, а потім стали регулярними. Вони ніколи не порушуються ні за яких несприятливих впливах, тобто є стійкими.

Не курить, алкогольні напої не вживає взагалі, також як і її чоловік. Залежність від наркотиків була у неї протягом 14 років (з 2000 по 2014 г.). Хронічних захворювань немає, крім хронічного тонзиліту, до якого вона пристосувалася і який її зараз не турбує.

Об'єктивно: зріст – 168 см, маса тіла – 54 кг, розмір бюстгальтера – перший. Вусиків немає. На руках і ногах слабке оволосіння. Лобок поголений, але за опитуванням він з горизонтальною верхньою межею.

Діагноз: психогенні сексуальна аверсія і відсутність статевого потягу.

Обговорення. Сексуальний розлад розвинувся у пацієнтки як наслідок психотравмуючих впливів, обумовлених тим, що чоловік тривалий час не працює і, природно, нічого не заробляє. До цього слід додати, що в результаті хронічної патології шлунково-кишкового тракту погіршилися його зовнішні дані.

Пацієнтка звернулася за медичною допомогою, щоб розібратися в собі і з'ясувати причини своїх сексуальних проблем. Коли вона повністю усвідомила їх психогенний характер і оцінила складності, з якими може бути пов'язана терапія, то не виявила бажання лікуватися.

Список використаних джерел

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. (2013). United States: American Psychiatric Association, 947 p.

- DIAGNOSTIC CRITERIA From DSM-IV™. Fifth printing. (1996). Washington: American Psychiatric Association.
- Kocharyan G.S. (2007). Современная сексология [Modern sexology], K.: Nika-Center, 400 p. (in Russian)
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic instructions]. (1994). Sankt-Petersburg: ADIS, 304 p. (in Russian)
- 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. (2016). 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*. 15 (3), 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>

SEXUAL AVERSION AND LACK OF SEXUAL DESIRE IN WOMAN: A CASE REPORT

Garnik S. Kocharyan

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Amosov street, 58, Kharkiv, 61176, Ukraine

Sexual aversion is the problem, which is little discussed in medical literature. The article contains definitions of sexual aversion in some classifications and dynamics of concepts of this pathology represented in other classifications. In the author's opinion, its removal from a list of sexual disorders in certain classifications cannot cancel the very existence of this disorder. The author's case study is described, which deals with sexual aversion and absence of libido (they both are psychogenic). A 38-year-old female patient B., married during 3.5 years, had not got any children. She had higher education and worked within her speciality. Her husband was 36; he finished vocational technical school. During previous 3 years he had not been working (he was supposedly looking for suitable job, but allegedly could not find it). Their family was financed by the patient. When she was asked what really troubled her, the patient reported: "I don't want him. I have no desire to have sex either with him or anybody else. I don't perceive him as man, because he does not work, does not bring any money in the family and does not do any household chores. I accept him more as my brother or son." She also had sexual aversion to her husband. When he approached her and began kissing, he disgusted her and caused an unpleasant sensation, as if "some slug is creeping". She was disgusted with her husband. His touches were unpleasant for her. "Some rejection has begun". She allowed her husband to have sexual intercourse only once a month. She described sexual aversion to her husband in the following way: "Now he is approaching and begins pouting his lips towards me, but even his smell becomes unpleasant for me, though before I liked how he smelt, and his smell is the same. Then he begins kissing me, but I absolutely hate his slobber, though before I accepted it normally. And his beard is spiky. I don't like it either, but before I accepted it normally. Also I don't like that he's got thinner. He has become so thin, even thinner than me, though he eats well. But he is keeping a diet because of a chronic disease of his gastrointestinal tract. He's become so skinny... He has already had such a figure that he becomes resembling a woman. Before he did not look like that. He was well-nourished and strong; he went in for sports. But now he says that he is ill, feels bad and has a stomachache". The facts, described above in the complaints, appeared more than one year before. As a result of my analysis I drew a conclusion that her sexual disorder developed in the patient as a consequence of psychotraumatic effects caused by the fact that her husband had not been working for a long period of time and, naturally, did not earn anything. It should be added to the above that the chronic pathology of his gastrointestinal tract resulted in worsening of his body composition. The patient sought medical advice to sort herself out and reveal causes of her sexual problems. When she completely perceived their psychogenic character and assessed the difficulties, with what their therapy may be involved, she did not express any desire to undergo treatment.

Key words: *sexual aversion, lack of sexual desire, woman.*