

SECTION: GENDER PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY
РОЗДІЛ: ГЕНДЕРНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

DOI 10.26565/2410-1249-2024-22-06

UDC 616.89-008.442:[618.15:616.8-009.12+616-009.7]

ВАГІНІЗМ І ДИСПАРЕУНІЯ. ВИПАДОК З КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Гарнік Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти
Харківського національного медичного університету,
пр. Науки, 4, Харків, 61022, Україна

E-mail: kocharyangs@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3797-5007>

У статті йдеться про наступний клінічний випадок. Пацієнтка 3., 27 років, незаміжня, сексуального партнера на даний час не має. Протягом 2 років у неї має місце скорочення м'язів, яке перешкоджає проникненню члену у вагіну, що супроводжується скороченням м'язів стегон. Також має місце біль при спробі проникнення статевому члену у піхву. Ці феномени пов'язані зі страхом їх виникнення при проведенні статевому акту. Здійснене обстеження дозволило вважати, що в даному випадку йдеться про психогенно зумовлені вагінізм та диспареунію (у МКБ-10 коди F52.5 та F52.6 – вагінізм та диспареунію неорганічного походження). У МКБ-11 цей розлад представлений кодом HA20 (сексуальний больовий розлад при проникненні). Даний діагноз є загальним для цих патологій. Проводилася наступна корекція: (1) заходи щодо осмислення пацієнткою своєї проблеми та її походження; (2) когнітивні прийоми для пом'якшення сприйняття свого розладу, зокрема, запропонований нами прийом «співставлення за контрастом»; (3) гіпноугестивна терапія (програмування та моделювання) [13 сеансів]; (4) модифікована нами техніка «змаху» з арсеналу нейролінгвістичного програмування [проведено один сеанс]; (5) секс-терапія (сексуально-поведінковий тренінг) – введення у піхву вібраторів з глибиною занурення, що збільшується; (6) фармакотерапія: транквілізатор гідазепам та міорелаксант сирдалуд за 1-1,5 години перед спробою проведення статевому акту або введення вібратора. Наведена терапія призвела до повної ліквідації вагінізму, що уможливило проведення вагінальних статевих актів, та значного зменшення вираженості диспареунії. Пацієнтка зазначає, що болючість при введенні члена у піхву значно зменшилася. При фрикціях дискомфортних відчуттів немає. Також тепер вона може проводити статевий акт у різних позах. Раніше це було неможливо, тому що проникнення члена у піхву в деяких із них супроводжувалося більшою хворобливістю. Крім того, зазначає, що тепер потрібно набагато менше часу, щоб ввести пеніс у вагіну (але не через відсутність спазму м'язів, якого вона вже позбулася), а через зменшення боязні виникнення болю при проникненні.

Ключові слова: психогенний вагінізм, психогенна диспареунія, клінічний випадок, терапія

Вступ

Вагінізм визначається як стан, що негативно впливає на можливість вагінального проникнення при сексуальному контакті, гінекологічному обстеженні та введенні тампонів. Поширеність вагінізму за даними різних авторів значно відрізняється (Kocharyan, 2020, 2021) і становить від 0,5% (Vaginismus, 2020) до 42% (O'Sullivan, 1979) і навіть перевищує 70% (Tugrul, Kabakci, 1997). Його частота може значно відрізнятися в різних країнах та в різних культурах (Marshania, 2017).

Диспареунія – це біль у геніталіях, який відчувається до, під час або після статевому акту. На нашу думку, про диспареунію можна говорити і тоді, коли біль неорганічного походження виникає і поза статевим актом (не тільки перед ним або безпосередньо після нього) і пов'язаний із сексуальною проблематикою, а також коли йдеться не лише про біль, а й про виражений фізичний дискомфорт в геніталіях, що відчувається при коїтусі (Kocharyan, 2020, 2021).

Mitchell et al. (2017) в результаті опитування 6669 сексуально активних жінок Британії у віці від 16 до 74 років виявили, що про хворобливий секс повідомили 7,5% жінок, з яких у чверті він мав місце дуже часто або завжди протягом 6 місяців, що викликало дистрес. Seehusen et al. (2014) зазначають, що диспареунія має місце приблизно у 10-20% жінок США.

Кодування вагінізму та диспареунії у сучасних класифікаціях

У МКХ-10 (The ICD-10, 1992). виділяють такі коди розладів, про які йдеться: F52.5 Вагінізм (неорганічний), F52.6 Диспареунія (неорганічна), N94.2 Вагінізм (органічний), N94.1 Диспареунія (органічна).

В останній американській класифікації сексуальних розладів 2013 р., яка знайшла відображення у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів 5-го перегляду (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

How to cite: Kocharyan G., (2024). Vaginismus and Dyspareunia. A Case Report from Clinical Practice, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (22), 41-46. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-22-06> (in Ukrainian)

Як цитувати: Кочарян, Г., (2024). Вагінізм і диспареунія. Випадок з клінічної практики, *Психологічне консультування і психотерапія*, (22), 41-46. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-22-06>

© Кочарян, Г., 2024; CC BY 4.0 license

Fifth Edition, 2013). використовується термін «генітально-тазовий біль / розлад penetрації» («genito-pelvic pain/penetration disorder»). – 302.76). У цьому випадку йдеться про сукупний діагноз, що поєднує вагінізм та диспареунію. Рішення про введення такого узагальненого діагнозу було прийнято в даній класифікації з опорою на той факт, що обидві названі сексуальні дисфункції є високо коморбідними і їх важко розрізнити. На нашу думку, об'єднання двох цих розладів в один на підставі труднощів у їхній диференціальній діагностиці не є виправданим.

У МКХ-11 вагінізм, який у МКХ-10 був представлений вагінізмом неорганічного походження (F52.5), рекласифікований у сексуальний розлад, пов'язаний з болем при проникненні [sexual pain-penetration disorder] – HA20 (ICD-11, 2024-01). Проте йдеться лише про часткову відповідність названих діагнозів, оскільки при характеристиці HA20 відзначається, що виникнення цього розладу також пояснюється і факторами соматичної модальності.

Діагноз «диспареунія» в МКБ-11 (код GA12) зберігся, але йдеться лише про її органічне походження, тоді як диспареунія неорганічного походження (код F52.6) частково відповідає сексуальному розладу, пов'язаному з болем при проникненні (код HA20), тому що при характеристиці HA20 відзначається, що цей розлад не повністю пояснюється факторами соматичної модальності. У цій статті йдеться про клінічний випадок, де вагінізм поєднувався з диспареунією.

Клінічне спостереження

Пацієнтка 3., 27 років, звернулася до нас по лікувальну допомогу 24.05.2024 р. Неодружена, має вищу гуманітарну освіту (магістр у галузі журналістики), працює маркетологом. Живе сама. Сексуального партнера на даний час не має.

Скарги. Протягом 2 років є явища вагінізму, які також супроводжуються скороченням м'язів стегон. Під час прелюдії майже завжди відчуває сексуальне збудження і зволоження піхви, що супроводжується бажанням проникнення. Однак щойно знімає білизну, відразу виникає сухість і дискомфорт. Думки про можливе виникнення болю при статевому акті є постійно, навіть задовго до спроби його проведення. Ніколи не дозволяла партнеру торкатися пальцями вагіни/клітора і сама не могла цього зробити, оскільки це завжди викликало психологічний дискомфорт, навіть коли це уявляла.

Анамнез. Пацієнтка докладно описала дані, які можуть бути пов'язані з болем у ділянці геніталій. Зокрема, повідомила про негативний досвід, який мав місце у віці 3-4 років під час огляду гінекологом. Другий негативний досвід, пов'язаний з тим, що коли вона вчилася їздити велосипедом, то невдало зупинилася і вдарилася статевими органами об його сідло. Сказала, що ці два негативні досвіди «більше про фізичний біль».

Щодо психологічного дискомфорту, то згадує, як у 8-9 класі читала книжку, в якій описувалася сцена, де дівчинці якийсь чоловік «запхав» руки в геніталії, і

тоді пацієнтка зазнала неприємних, дискомфортних відчуттів.

У підлітковому віці, коли говорила з кимось про секс, часто чула, що перший статевий акт супроводжується сильним болем, і тому цього акту дуже боялася. Готувала себе до того, що так і буде. Більше того, зазначає, що знала, що за першого статевого акту часто виділяється кров і це асоціюється з травмою та болем.

У підлітковому віці кілька разів через нестабільний менструальний цикл відвідувала гінекологів, але вони її повністю не оглядали, оскільки вона була незайманою. Перед зверненням за гінекологічною консультацією завжди дуже боялася, що її оглядатимуть, хоча тоді про негативний досвід, який мав місце у віці 3-4 років під час огляду гінекологом, забула, і чітко не уявляла, що таке огляд у гінекологічному кріслі. Згадала про цей візит вже пізніше, у віці 25-26 років, коли виник вагінізм.

До першого свого статевого акту вона намагалася втратити цноту з двома партнерами, але це їй не вдалося. Один з них сам перервав спробу, оскільки вона не змогла розслабитися. Сказав, що так не може. Іншого сама відштовхнула, тому що не відчувала розслаблення і боялася, що виникне біль, хоча намагалися займатися сексом у різних позах.

Її перший статевий акт із хлопцем, який відбувся у 23 роки, був дуже болючим, а майже всі наступні – дискомфортними. Зустрічалася з ним три місяці. За цей час здійснила до 20 статевих актів. Наголошує, що його член середнього розміру. Потім приблизно через 2-3 місяці (тоді їй було 23-24 роки) ще один рік і два місяці жила з ним статевим життям. У цей час відбулося чотири-п'ять статевих актів. Взагалі насолоду від статевих актів зазнала буквально 1-2 рази, але без настання оргазму. Особливо завжди боялася проникнення, бо воно було найболішим.

Відразу після втрати цнотливості в 23 роки, звернулася до гінеколога, і та не змогла її нормально оглянути через біль, що виникав. Тепер розуміє, що це швидше за все був психологічний дискомфорт «на рівні голови», тому що це доходило до відчуття, ніби зараз вона знепритомніє. Дуже схожі відчуття виникають у пацієнтки тоді, коли вона здає аналіз крові (неважливо з вени або пальця). Гінеколог сказала, що це ймовірно пов'язане з тим, що вона щойно втратила цноту, і там ще є свіжа рана.

Після того, як були статеві акти з хлопцем у 23-24 роки, у віці 24-25 років мали місце три спроби вчинити статевий акт з іншими чоловіками, які не увінчалися успіхом, тому що їм не вдавалося ввести статевий член у піхву через спазму м'язів, що перешкоджають його проникненню.

Наступного разу вона звернулася до гінеколога у 25,5 років, бо у неї виникло запалення статевих органів, яке супроводжувалося неприємними фізичними відчуттями і навіть болем. «Гінеколог толком і доторкнутися до мене не змогла». У пацієнтки просто було таке відчуття, що вона знепритомніла. Лікарка сказала їй, що у неї, напевно, має місце вагінізм, і що

треба з цим щось робити, бо інакше вона не зможе жити статевим життям, проходити гінекологічні огляди, створити сім'ю та мати дітей.

До цього звернення до гінеколога пацієнтка колись випадково прочитала про вагінізм (десь у 2019 чи 2020 р.): натрапила на пост у соцмережах. Там повідомлялося і про неможливість проникнення, і про біль під час статевого акту. Тоді подумала, що в неї, можливо, має місце ця патологія. Однак потім про це швидко забула і згадала вже тоді, коли гінеколог припустила наявність у неї даного розладу.

Гінеколог порадила їй звернутися до психолога. Оскільки тоді вона консультувалася з психотерапевтом (без медичної освіти) та з іншого приводу, то звернулася до неї знову. Психотерапевт сказала їй, що її проблему «можна пропрацювати» за один сеанс, і що у неї такі випадки вже були. Вона провела такий сеанс (гіпноз та бесіду). Після цього пацієнтка спробувала провести статевий акт, але спроба виявилася невдалою. Чоловік довго намагався ввести член у піхву, але йому це не вдалося через спазм м'язів, що перешкоджав проникненню. Потім він таки зміг це зробити, але їй було боляче, і вони перервали статевий акт. Після цього пацієнтка ще протягом року (у віці 25-26 років) намагалася провести статевий акт з іншими чоловіками, але через спазм м'язів проникнення не було взагалі. Їй було погано навіть тоді, коли член наближався до геніталій. У цієї жінки-психотерапевта була на прийомі ще кілька разів, але сеанси не були регулярними. Вона проводила пацієнтці не тільки сеанси гіпнозу, але вони також опрацьовували різні проблеми: і те, як її виховували, і питання самооцінки, і питання нерозділеного кохання в підлітковому віці. Психотерапевт навіть пропонувала разом із нею чи з мамою пацієнтки відвідати гінеколога. З мамою пацієнтка не хотіла йти, щоб та не дізналася про її проблему, а з психотерапевтом наважилася, але остання на довгий час поїхала до Польщі.

Потім консультувалася з різними «сексологами» (не лікарями), з однієї з них навіть намагалася провести курс лікування, але після 3-4 сеансів припинила його проведення як за особистими обставинами, так і тому, що не відчувала, що вона зможе їй допомогти. Ці сеанси більше були схожі на сеанси з психотерапевтом: вони просто розмовляли. Крім того, використовувалися вправи, які ця сексолог рекомендувала з метою подолання деструктивних настанов на секс типу: «секс тільки для чоловіків» і «секс – це брудно», та ін.

Ще одним стримуючим фактором, через який після консультацій з сексологами вона не починала у них лікуватися, було те, що більшість із них не змогли навести у якості прикладів успішні кейси, де б жінки повністю позбулися болю. Крім того, ніхто з них не міг сказати, скільки часу займе лікування, але менше ніж півроку ніхто не називав, а вона тоді хотіла отримати швидкий результат. Але минув час, і вона знову вирішила шукати вирішення своєї проблеми. Тоді звернулася до мене.

Платонічне (романтичне) лібідо до хлопчиків прокинулося у неї в 5 років.

Еротичне лібідо гетеросексуальної спрямованості виникло в 12-13 років.

Сексуальне лібідо до осіб протилежної статі прокинулося у 20 років.

Мастурбація. Ніколи не мастурбувала за допомогою рук. Два роки тому виник оргазм при мастурбації із використанням вібратора, яким стимулювала зовнішню частину клітора. Це був перший оргазм у її житті. Потім регулярно мастурбувала за допомогою вібратора, і практично завжди (у 99% випадків) у неї наставав оргазм.

Структура статевого поняття. В основному йдеться про гетеросексуальний компонент лібідо, але є і гомосексуальний, який виражений значно меншою мірою. Хоча взагалі вважає гомосексуальність патологією, до гомосексуального компоненту, що у неї має місце, ставиться спокійно і не вважає, що у неї є пов'язаний з цим розлад. Своє майбутнє бачить в гетеросексуальній родині. Сексуальних контактів із жінками не було.

Бувають гомосексуальні фантазії: вона з жінкою, але має бути і чоловік, який або підглядає за їх сексуальним контактом, або також бере участь у ньому.

Використання порно при мастурбації має місце лише останні півроку. Учасники сюжету: 2 жінки та чоловік, 2 чоловіки та жінка.

Місячні з 12-13 років. Спочатку були нерегулярними. Був період протягом 1-2 років (у 23-24 роки), коли взагалі не було місячних. Три останні роки місячні стали регулярними. З 15 до 20 років були великі маткові кровотечі. Кров йшла сильно по 3 тижні. Тоді дуже погано почувалася, навіть було важко на вулицю вийти. Був дуже низький гемоглобін. Проводилася гормональна терапія. Зараз гормони не приймає, і в цьому плані все нормально. Місячний цикл 28 днів, із них 5 днів йде кров. Місячні зараз безболісні, крові багато не виходить.

Не палить, алкогольні напої вживає 1 раз на тиждень (по 300 мл сухого чи напівсухого вина). Наркотики ніколи не вживала.

Об'єктивні дані. Зріст 154 см, маса тіла 52 кг. Трошки ростуть вусики. На лобку волосся відсутнє (проводить депіляцію воском або сахаром). Разом з тим опитування свідчить, що йдеться про оволодіння лобка за жіночим типом.

Висновок. Йдеться про психогенно обумовлені вагінізм та диспареунію (у МКБ-10 коди F52.5 і F52.6 – вагінізм та диспареунія неорганічного походження). У МКБ-11 ці розлади представлені загальним (єдиним) кодом NA20 (сексуальний больовий розлад при проникненні).

Рекомендовані та проводились:

1. Заходи щодо осмислення пацієнткою своєї проблеми та її походження.

2. Когнітивні прийоми для пом'якшення сприйняття свого розладу:

2.1. Прийом зіставлення за контрастом.

У пацієнтки формували уявлення, що піхва має великі можливості для збільшення. З цією метою нами

було розроблено спеціальний психотерапевтичний прийом «порівняння за контрастом» (Kocharyan, 1987), який слід застосовувати у комплексі лікування хворих з фобічними формами віргогамії, вагінізму та диспареунії. Розмову рекомендується будувати в такий спосіб. Спочатку необхідно розповісти хворій про великі можливості піхви до збільшення (розтягування) та підтвердити це на прикладі пологів. При цьому слід зазначити, що маса нормальної дитини та її зріст при народженні досягають значних розмірів (зазначити їх діапазон). Після цього доцільно відзначити, що довжина та обсяг статевого члена чоловіка незмірно менше. Таким чином, перед жінкою яскраво вимальовується контраст між величиною плода та статевого члена. Це створює сприятливі умови для успішнішого проведення інших терапевтичних (в основному психотерапевтичних) заходів, спрямованих на ліквідацію наявної патології, оскільки сприяє зниженню ступеня вираженості фобічного потенціалу внаслідок його дискредитації. Разом з тим при використанні даного прийому слід пам'ятати про те, що під час вагітності в тканинах піхви відбуваються фізіологічні зміни, в результаті яких її стінки стають більш еластичними та розтяжними. Це сприяє проходженню плода. Однак при застосуванні цього прийому спеціально повідомляти про названі зміни пацієнтці не слід.

2.2. Крім цього, ми акцентували увагу пацієнтки на тому, що статевим життям живе багато людей, і воно завдає їм приємних відчуттів.

3. Гіпноугестивна терапія (проведено 13 сеансів). Використовувалися дві її моделі:

3.1. Гіпноугестивне програмування. Навіювалося звільнення від страху виникнення болю в статевих органах і спастичних скорочень вагінальних м'язів при введенні статевого члена у піхву. Потім навіювалося, що у попередньому періоді (під час прелюдії) пацієнтка цілком спокійна, впевнена у собі і почувається комфортно. М'язи піхви та стегон розслаблені. Під час пестощів і поцілунків вона повністю занурюється в приємні, хтиві відчуття, розчиняється в них. Під час пестощів і поцілунків, завдяки посиленому припливу крові до статевих органів, піхва зволожується, що свідчить про її готовність прийняти в себе статевий член. Пеніс легко входить у піхву. При цьому будь-які больові відчуття відсутні, і починаються фрикції, які супроводжуються комфортними, приємними відчуттями. При фрикціях приємні, хтиві відчуття посилюються і супроводжуються сексуальним збудженням, що посилюється. Посилені приємні хтиві відчуття разом з наростаючим сексуальним збудженням зі статевих органів поширюються на весь організм, охоплюючи його повністю.

3.2. Гіпноугестивне моделювання. Також проводилося моделювання перебігу нормального статевого акту, починаючи з прелюдії, під час якої виникає виражене надходження крові до піхви та її зволоження. Також навіювалося, що м'язи піхви і стегон розслаблені. Після цього пацієнтці навіювали, що чоловік легко вводить член у піхву, і больові

відчуття при цьому відсутні. Потім розпочинаються фрикції, під час яких пацієнтка відчуває приємні відчуття. Дискомфортні відчуття при цьому відсутні. Потім навіювалося, що тепер в реальному житті, з реальними партнерами все відбуватиметься так само, як і при уявному статевому акті. При моделюванні статевого акту здійснюється набуття позитивного, хоча й уявного, досвіду його проведення.

Наведені навіювання, які здійснювалися в гіпноугестивному стані, на різних сеансах проводилися в повному або неповному обсязі, а програмування в частині випадків поєднувалося з моделюванням.

4. Також для лікування пацієнтки було використано техніку «змаху» (проведено один сеанс) з арсеналу нейролінгвістичного програмування (Andreas and Andreas, 1994; Bandler, 1994; Kocharyan, 2009) у нашій модифікації (Kocharyan, 2019). Порядок її проведення був таким:

А. Спочатку пацієнтку попросили згадати або уявити якусь жінку, яка не має страху перед проведенням статевого акту, пов'язаного з можливим виникненням болю при проникненні статевого члена у піхву та виникненням спазму відповідних м'язів.

Б. Після цього просили пацієнтку при закритих очах побачити картину на екрані, коли вона знаходиться в обстановці інтимної близькості безпосередньо перед спробою провести статевий акт, і у неї з'являються думки про виникнення цього болю та спазму. Картинка має бути яскравою, контрастною та чіткою. Якщо це не так, то ми говоримо, що в будці сидить кіномеханік, і він досягає гарного зображення на екрані (хорошої яскравості, контрастності, чіткості).

В. Коли це досягнуто, ми просимо пацієнтку десь на своєму тілі в цій картині побачити темну пляму. Після того, як вона її побачила, ми говоримо, що це шийка пляшки, а на її дні знаходиться скукожена сексуально здорова жінка, про яку раніше шла мова, позбавлена будь-яких страхів, пов'язаних із проведенням статевого акту. Потім цей образ починає збільшуватись у розмірах і поступово займає 1/8, 1/4, 1/3, 1/2 пляшки. Подальше збільшення цього образу супроводжується наступною інструкцією: «Тепер Ви починаєте відзначати, що руки цієї жінки стають схожими на ваші руки, її ноги стають схожими на ваші ноги, її обличчя стає схожим на ваше обличчя».

Г. Збільшення цього образу (до 3/4 пляшки і більше), що триває, згідно з нашою інструкцією, призводить до того, що пацієнтка бачить вже себе, але повністю звільненою від страхів, пов'язаних зі статевим актом, що властиво жінці-моделі. У такому стані сформований образ досягає шийки пляшки.

Д. Досягнувши шийки пляшки, даний образ змиває з екрана попередній образ самої пацієнтки, яка побоюється проведення статевого акту через страх виникнення болю при введенні статевого члена у піхву, а також виникнення спастичних скорочень відповідних м'язів. Якщо ця картина неяскрава, неконтрастна і нечітка, то за допомогою «кіномеханіки» ми досягаємо того, що вона стає

якісною, хоча зазвичай є такою із самого початку. Потім на рахунок до 5 домагаємось закріплення та фіксації цієї здорової програми сексуального функціонування. Зазвичай протягом однієї сесії «змах» проводиться 5 разів.

5. Секс-терапія (сексуально-поведінковий тренінг), що полягає у введенні у піхву вібраторів, розмір яких поступово збільшується. Після 5-го сеансу гіпнозу пацієнтка змогла вставити собі у піхву вібратор із невеликою глибиною занурення, а після 8-го сеансу гіпнозу – вібратор із глибиною занурення в 11-12 см.

6. Також проводилась медикаментозна терапія. Для ослаблення існуючого страху було призначено прийом гідазепаму по 0,05 за 1,5 години до спроби проведення статевого акту або введення в піхву вібратора, а для зменшення сили м'язових спазмів (м'язи стегон у неї теж скорочувалися) сирдалуд по 0,002 за 1-1,5 години до передбачуваного коїтусу або введення вібратора. Пацієнтка дуже рідко приймала призначені препарати при використанні вібратора, а перед статевим актом практично кожного разу.

Консультації та сеанси гіпнотерапії проводилися з різною частотою (спочатку по 2 рази на тиждень, а потім рідше і часом значно). Останній (тринадцятий) сеанс гіпнотерапії було проведено 10.10.2024 р., тобто майже через 2 міс. після проведення дванадцятого. У процесі курації пацієнтки мали місце складнощі з можливістю залучення будь-якого чоловіка до процесу лікування, але коли 5.07.2024 р. це вдалося, вона змогла здійснити статевий акт з повним проникненням члена у піхву, але при цьому мала місце біль при його введенні та дискомфортні відчуття при фрикціях. Проблеми із залученням партнерів до лікування зберігалися. Лікування припинено (на той момент було проведено 12 сеансів гіпнозу) 15.08.2024 р., що було пов'язано з особистими обставинами пацієнтки.

22.09.2024 р. від пацієнтки отримано наступну інформацію. Стало значно краще. Вагінізму немає. Дискомфортні відчуття при фрикціях мають місце лише в 10% випадків. У 90% випадків їх немає, а в 20% з них відчуває приємні відчуття. Болюче буває тільки у момент входження члена (кожен раз) у будь-якій позі.

10.10.2024 р. Пацієнтка повідомила, що вагінізму немає, але має місце болючість у момент входження пеніса у піхву. За час, коли вона до мене не зверталася, мала 4-5 статевих актів з двома партнерами.

10.10.2024 р. проведено 13-й сеанс гіпнозугестивної терапії, спрямований на ліквідацію страху виникнення болю при здійсненні статевого акту та усунення хворобливих відчуттів при введенні члена у піхву. Крім цього, моделювався безболісний коїтус, який таким і був при цьому моделюванні.

22.10.2024 р. Після останнього сеансу гіпнозу (10.10.2024 р.) був один статевий акт. Пацієнтці стало краще: болючість при введенні члена у піхву зменшилася. При фрикціях дискомфортних відчуттів немає. Також тепер може проводити статевий акт у різних позах. Раніше це було неможливо, тому що

проникнення члена у піхву в деяких із них супроводжувалося більшою хворобливістю. Також зазначає, що чоловікові знадобилося набагато менше часу, щоб ввести пеніс у вагіну (але не через відсутність спазму м'язів, якого вона вже позбулася), а через зменшення боязні виникнення болю при проникненні.

Таким чином, проведене лікування призвело до позбавлення від вагінізму та суттєвого послаблення диспареунії. Надалі воно, можливо, буде продовжено з метою її повного усунення.

Список використаних джерел/References

- Andreas, K.; Andreas, S. (1994). Change your thinking and benefit from the results. The latest submodality interventions of NLP. St. Petersburg: Juventa. 240 p.
- Bandler, R. (1994). Use your brain for change. Neuro-linguistic programming. (Edited by K. Andreas and S. Andreas). St. Petersburg: Juventa. 168 p.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. (2013). United States: American Psychiatric Association.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024-01. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1189253773>
- Kocharyan, G. S. (1987). Methods of rational psychotherapy in sexological practice. *Social-psychological and medical aspects of marriage and family*: Abstract of the report of the 3rd regional scientific-practical conference of sexopathologists. Kharkov, 422–423.
- Kocharyan, G. S. (2009). NLP: therapeutic techniques. 2nd edition., revised and enlarged. M.: Eksmo. 176 p.
- Kocharyan, G. S. (2019). A rare clinical case of failure expectation syndrome (fear of sexual failure). *Health of man, Issue 1(68)*, 60–63.
- Kocharyan, G. S. (2020). Vaginismus: frequency, definitions, diagnostic criteria, formation. *Health of Man, Issue 4(75)*, 22–31.
- Kocharyan, G. S. (2021). Sexual disorders and anatomical problems that prevent sexual intercourse. Kharkov: DISA PLUS Ltd. 250 p.
- Kocharyan, G. S. (2020). Dyspareunia as a clinical problem. *Health of Man, Issue 3(74)*, 65–74.
- Marshania, Z. (2017). Certain sociocultural aspects of prevalence and treatment of vaginismus in Georgia. *Health of Man, 1(60)*, 71–73.
- Mitchell, K. R.; Geary, R.; Graham, C. A.; Datta, J.; Wellings, K.; Sonnenberg, P.; Field, N.; Nunn, D.; Bancroft, J.; Jones, K. G.; Johnson, A. M.; Mercer C. H. (2017). Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG, 124(11)*, 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14518>
- O'Sullivan, K. (1979). Observation on vaginismus in Irish women. *Arch Gen Psychiatry, 36 (7)*, 824–826. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780070102012>
- Seehusen, Dean A.; Baird, Drew C.; Darnall, Carl R.; Bode, David V. (2014). Dyspareunia in Women. *Am Fam Physician, 90(7)*, 465–470.
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. (1992). Geneva: World Health Organization.
- Tugrul, C.; Kabakci, E. (1997). Vaginismus and its correlates. *J Sex Marital Ther., 12(1)*, 23–24.
- Vaginismus. <https://en.wikipedia.org/wiki/Vaginismus> Assessed 09/26/2020.

VAGINISMUS AND DYSPAREUNIA. A CASE REPORT FROM CLINICAL PRACTICE**Garnik Kocharyan***Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of Kharkiv National Medical University,
Science Avenue, 4, Kharkiv, 61022, Ukraine*

The article deals with the following clinical case. Female patient Z., 27 years old, not married, currently has no sexual partner. For 2 years she has had muscle contractions that prevent the penis from entering the vagina, accompanied by contractions of the thigh muscles. There is also pain when trying to penetrate the penis into the vagina. These phenomena are connected with a fear of their occurrence during sexual intercourse. The examination allowed us to assume that in this case we are talking about psychogenic vaginismus and psychogenic dyspareunia (in ICD-10 codes F52.5 and F52.6 – vaginismus and dyspareunia of non-organic origin). In ICD-11, this disorder is represented by the code HA20 (Sexual pain-penetration disorder). This diagnosis is common to these pathologies. The following correction was carried out: (1) measures to help the female patient understand her problem and its origin; (2) cognitive techniques to mitigate the perception of one's disorder, in particular, the "matching by contrast" technique proposed by us; (3) hypnosuggestive therapy (programming and modeling) [13 sessions]; (4) the "swing" technique modified by us from the arsenal of neurolinguistic programming [one session conducted]; (5) sex therapy (sexual behavioral training) – insertion of vibrators into the vagina with increasing depth of immersion; (6) pharmacotherapy: tranquilizer gidazepam and muscle relaxant sirdalud 1-1.5 hours before attempting sexual intercourse or inserting a vibrator. The given therapy led to the complete elimination of vaginismus, which made it possible to perform vaginal sexual intercourse, and a significant reduction in the severity of dyspareunia. The female patient notes that the pain during insertion of the penis into the vagina has significantly decreased. There is no discomfort during friction. She can also now have sex in different positions. Previously, this was impossible because the penetration of the penis into the vagina was accompanied by greater pain in some of them. In addition, she notes that now it takes much less time to insert the penis into the vagina (but not because of the absence of muscle spasm, which she has already gotten rid of), but because of the reduced fear of pain during penetration.

Keywords: *psychogenic vaginismus, psychogenic dyspareunia, clinical case, therapy*

The article was received by the editors 5.10.2024 (Стаття надійшла до редакції 5.10.2024)

The article is recommended for printing 12.11.2024 (Стаття рекомендована до друку 12.11.2024)
