

УДК 616.89-008.442+616.69+618.17]-085

**ВИРГОГАМИЯ (ДЕВСТВЕННЫЙ БРАК): ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ
НАБЛЮДЕНИЯ, ОПЫТ КОРРЕКЦИИ****Кочарян Г. С.**

Названо причини віргогамії, наведено її клінічні приклади та досвід корекції цього стану.

Ключові слова: віргогамія, причини, клінічні приклади, корекція.

Reasons of virgin marriage are named, its clinical examples and experience of correction of the condition are submitted.

Keywords: virgin marriage, causes, clinical examples, correction.

Названы причины виргогамии, приведены ее клинические примеры и опыт коррекции этого состояния.

Ключевые слова: виргогамия, причины, клинические примеры, коррекция.

В психологической энциклопедии дается следующее определение виргогамии: «Виргогамия (лат. *virgo* – девушка, девственница, греч. *gamete* – супруга) – девственный брак, при котором супруги длительное время (месяцы и годы) не могут начать половую жизнь» [5]. Длительность девственного брака может быть различной.

А. М. Свядоц [6] сообщает, что в Ленинградскую консультацию по вопросам семейной жизни по поводу виргогамии обратились свыше 500 супружеских пар. При анализе 264 пар длительность виргогамии составляла от одного года до 19 лет. Возраст супругов колебался в диапазоне от 19 до 52 лет. В основном речь шла о возрасте 20–30 лет. В 93,2% как жена, так и муж до брака не имели опыта половой жизни, а у большинства мужчин половой член был крупный, что могло создавать дополнительные затруднения при дефлорации. Автор выделил следующие три формы виргогамии.

Фобическая форма (около двух третей всех виргогамий) обусловлена навязчивым страхом дефлорации или коитуса из-за ожидаемого возникновения боли. Она возникает у боязливых девушек под влиянием рассказов пугающего содержания о том, что может случиться в первую брачную ночь, или после болезненной попытки дефлорации и нередко сопровождается вагинизмом.

Игнорантная форма (17,5%) являлась результатом неопытности и неосведомленности супругов, их недостаточной ориентации в топографии гениталий. В этой группе у девушек часто выявлялось репрессивное сексуальное воспитание, а у мужчин – отсутствие в детском возрасте сексуальных игр со сверстниками. Супружеские пары при этой форме из-за отсутствия соответствующих знаний и навыков не знают, как совершить коитус.

Импотентная форма (21,2%) обуславливалась нарушением сексуальной функции у мужа.

На основании обследования 1000 супружеских пар, находившихся в целомудренном

браке (виргогамия), Маккэри выделил следующие причины их невозможности начать половую жизнь [по 4]:

- чувство боли у партнерши при попытках введения полового члена во влагалище (20,3%);
- уверенность в том, что половой акт является чем-то неприятным (18%);
- импотенция партнера (11,7%);
- маленькое влагалище (8,2%);
- игнорирование партнером анатомических особенностей строения женских половых органов (5,2%);
- негативное отношение партнерши к мужчинам (5,2%);
- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к половому члену (4,6%);
- отвращение, испытываемое женщиной к методам контрацепции, при одновременной боязни беременности (3,3%);
- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к партнеру (3,0%);
- потребность досадить партнеру (1,4%);
- страх перед половым членом мужа (1,2%);
- страх перед спермой (0,9%).

В данной публикации сообщается, что средняя продолжительность непорочного супружества составляет 2–4 года. В результате лечения 60% пар начинают половую жизнь в первые полгода, а 72% супругов через два года после начала лечения [4].

К. В. Суслов, В. М. Рябов [7] наблюдали два случая виргогамии, которые представляют большой интерес из-за своей продолжительности (23 года – в одном случае и 15 лет – в другом).

Нами в клинической работе неоднократно приходилось встречаться со случаями виргогамии. Вместе с тем следует отметить, что обращения за медицинской помощью в связи с этим состоянием в Украине, России и Белоруссии довольно редки. Приведем два наблюдения из нашей практики, где речь идет о девственном браке.

Молодая супружеская пара из Белгородского региона, которая обратилась ко мне еще в период существования СССР, жаловалась на то, что жена остается девственницей на протяжении года жизни в браке. Супруги рассказали о том, что ее уже лечили в Белгороде гипнозом, но это эффекта не дало. В связи с этим, прежде чем начать лечение, я позвонил гинекологу и договорился о возможной хирургической дефлорации. Однако прежде решил провести консервативную терапию. При обследовании удалось выяснить следующее.

За несколько лет до замужества наша пациентка со своим соседом пошла на танцы в местный клуб. Когда после их окончания они из него вышли, к ним подошли незнакомые ребята и ударом сбили его (соседа) с ног. Затем эти ребята схватили девушку, усадили ее в машину и увезли с собой с целью изнасилования. Ее сосед быстро отправился к ее родителям, которые жили неподалеку, и те снарядили погоню за похитителями. И вот по дороге едут две машины: машина, на которой везут девушку, а за ней другая машина – машина ее родителей. Сообразив, что им не удастся оторваться, похитители на ходу выбросили девушку из машины.

То, что она пережила за все то время, не нуждается в комментариях. После этого

встречалась с ребятами, но когда дело доходило до необходимости проведения полового акта, отношения всякий раз прерывались.

При опросе выяснилось, что у девушки имеют место тревожно-мнительные черты характера. Она боится собак, грома, белых халатов и вида крови. Все попытки провести половой акт после вступления в брак оказались безуспешными, так как возникали явления вагинизма. Через некоторое время у её мужа начала страдать эрекция из-за развития у него опасения, что член при попытке его введения во влагалище может ущемиться.

Таким образом, в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной фобической формой вагинизма у девушки с выраженными тревожно-мнительными чертами характера, что усугубилось психогенным расстройством эрекции у мужа.

Лечение в данном случае включало психотерапию и прием медикаментов. Психотерапия предусматривала проведение разъяснительных бесед, которые сводились к объяснению того, что влагалище имеет большие резервы к увеличению, а это исключает возможность его повреждения при половом акте и возникновения связанных с этим неблагоприятных последствий. С этой целью, в частности, использовался предложенный нами для лечения больных с фобической формой вагинизма прием «сопоставление по контрасту» [2]. Его суть состоит в следующем. Вначале необходимо рассказать больной о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родов. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных величин (назвать каких). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко вырисовывается контраст между величиной плода и пениса. Это создает благоприятные условия для более успешного проведения других терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует снижению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации. Также в разъяснительных беседах акцентировалась идея о том, что половая жизнь не представляет собой нечто особенное, и люди повсеместно занимаются сексом, и это является вполне обыденным явлением.

Также супругам одновременно проводилась гипносуггестивная терапия. После общей гипнотизации делались внушения, направленные на устранение коитофобии у жены и расслабление мышц влагалища перед и во время интродукции, а также элиминацию тревожного опасения у мужа. Всего было проведено 4 сеанса гипноза. Параллельно пациентке был назначен седуксен по 1 т (5мг) 2–3 раза в день (курсовое лечение, в том числе связанное с наличием у нее общеневротической симптоматики), а также рекомендован прием 1 табл. седуксена за 2 часа до попытки проведения полового акта. Проведенное лечение оказалось эффективным, и не пришлось прибегать к гинекологической дефлорации.

Интерес представляет и следующее наше клиническое наблюдение (клинический архив автора, 2008 г.). Больной О., 37 лет (1971 г. рожд.), инженер по технике безопасности, и его 30-летняя жена, уборщица, обратились в связи с невозможностью совершить половой акт, что обусловлено расстройством эрекции у мужа (нет эрекции). Поэтому и **по сегодняшний день (а поженились они 10 лет назад) она остается девственницей**. До женитьбы в 1998 г. ни у пациента, ни у его жены не было никакого сексуального опыта. Они даже ни с кем из представителей другого пола не встречались и не целовались.

Желание совершить половой акт у пациента отсутствует, вернее оно есть, но носит чисто умозрительный и утилитарный характер: «Если возникло напряжение члена, то нужно чтобы разрядилась напряженность внутри него. Хочется, чтобы он встал, и произошло семяизвержение». Это желание появляется только тогда, когда есть напряжение члена, а когда его нет, то оно и вовсе не возникает. При интимной близости эрекция практически отсутствует, из-за чего половой акт провести ни разу так и не удалось. Вместе с тем отмечает, что в последние полгода член «оживился», а раньше был совсем мягкий. Жена пыталась, стимулируя член языком, вызвать эрекцию у мужа, но последняя не возникала. Кроме этого, она оттягивает кожу с головки полового члена, а потом сжимает его. При этом член напрягается и наступает семяизвержение. Так один раз в неделю получалось, хотя «приходил к ней» каждую ночь. Отмечает, что когда «выходит сперма» редко испытывает удовольствие. Иногда даже не чувствует, когда наступает эякуляция. Но бывает, что чувствует приятные ощущения, которые не всегда достаточно выражены. Выраженными они были, когда заканчивал при мастурбации в период развода в тех случаях, во время которых напряжение члена было более или менее хорошим (это случилось всего 2 раза). Пациенту нравится целоваться, обниматься с женой, хочется ее погладить. Один раз пациент попробовал пальцем стимулировать клитор жены, но ей было больно, и она не смогла закончить. Она говорила ему, что и сама пыталась это делать, но тогда ей было приятнее. Иногда, когда просыпается ночью, напряжение члена полное: «на прошлой неделе было 2 раза, а до этого случалось, может, 1 раз в 2 недели». Учащение возникновения ночных и утренних эрекций, так же как утолщение члена и его большее напряжение, связывает с употреблением сельдерея. При активном расспросе опасение/страх сексуальной неудачи и жалобы урологического профиля у пациента отсутствуют.

Женился 10 лет назад, когда ему был 27 лет, а его будущей жене 20. Так как осуществить половой акт им ни разу не удалось, то, прожив в браке 7 лет, супруги развелись. В разводе пробыли 2,5 года. В это время пациент активно лечился. Организацией лечения занималась его мать. Они живут в одном из районных центров Харьковской области. Вначале за медицинской помощью обратились в частный медицинский центр в Харькове, а затем в урологическую службу Харькова. Лечился в стационаре, где у него находили различные инфекции. Для лечения, в частности, использовали антибиотики, но проводилась и другая терапия. До лечения было «жжение при мочеиспускании, истечение из члена и постоянно мокрые трусы». Эти симптомы после данного лечения нивелировались, однако половая функция не улучшилась. После первого курса лечения предложили провести второй курс, но улучшения в сексуальной сфере не гарантировали, что и послужило причиной отказа от него. Потом поехал в Полтаву, где обратился за лечебной помощью к андрологу, который диагностировал у него простатит. Провели соответствующий курс лечения. Сексуальных отношений в этот период не было. После проведенного лечения врач сказал пациенту, что для того чтобы выяснить, здоров он или нет в сексуальном отношении, ему следует обязательно попытаться совершить половой контакт с женщиной. Затем мама посоветовала ему принимать сельдерей, который растирали вместе с морковкой. По мнению пациента, такое лечение сделало половой член более напряженным. Через время повторно поехал в Полтаву для получения консультации к тому же андрологу. После пальпации простаты врач заявил, что она у него как у 18-летнего, и повторно посоветовал ему

попытались провести половой акт с женщиной. Когда был разведен, также лечился в санатории «Полтава» в Саках. Перед тем, как второй раз жениться на той же женщине, принес ей справку от врача, которая свидетельствовала, что он здоров. Это было мнение лечившего его андролога и курировавшего его врача санатория в Саках. Повторно поженились 3 месяца назад.

Сексуальное развитие пациента. Интерес к лицам противоположного пола (**платоническое либидо**) пробудился в 7 лет. Нравилась девочка в классе, даже домой к ней ходил, но не целовались. До жены потребности в ласках и поцелуях не было. **Эротическое либидо** пробудилось в 27 лет перед женитьбой. До этого присматривался к девушкам («где же моя половинка»), но желания обнять, поцеловать не было. Когда увидел свою будущую жену и познакомился с ней, то решил, что она «его половинка». До женитьбы 2 года с ней встречались и не было желания ни обнять ее, ни поцеловать. Познакомился с ней в церкви адвентистов седьмого дня. При анализе сексуального развития пациента сформировавшееся у меня ранее мнение, что у него еще не развилось **сексуальное либидо**, подтвердилось. **Мастурбация** имела место только после женитьбы, когда поехал в санаторий лечиться грязями. После мастурбации всегда наступало раскаяние, так как онанизм, по мнению пациента, – грех. При этом он ссылается на Библию (он и его жена – члены Церкви адвентистов седьмого дня).

Эротические сновидения. Однажды, когда ему было 25 лет, приснился сон, что обнимает соседку, с которой дружил. Больше таких снов не помнит. После женитьбы помолился и попросил, чтобы ему приснилась жена, и она ему приснилась. Тогда ему было 30 лет. Это было всего 1 раз. Приснилось, что она «открыла ему член» (оголила головку, оттянув кожу) и ему стало приятно. Сейчас во время интимной близости супруга делает то же самое, и у него иногда наступает семяизвержение.

Общие анамнестические данные. Роды О. у его матери протекали без затруднений (не были длительными и щипцовыми). В школе учился на отлично и хорошо. Второй, четвертый и восьмой класс закончил с похвальными грамотами, так как занимался на отлично. В других классах занимался на 4 и 5 баллов. Техникум механизации сельского хозяйства окончил с красным дипломом. После этого поступил сразу на 3 курс института, где занимался на 4 и 5 баллов.

Физически в детстве развивался нормально, от сверстников не отставал. На уроках физкультуры все получалось хорошо. В детстве было воспаление легких, в подростковом возрасте дискинезия желчных путей, гастрит. Гастритом болеет и сейчас. В 2000–2001 гг. болел закрытой формой туберкулеза. В 1996 г. после операции по поводу полипа прямой кишки имеет место вегетативная дистония. Операцию делали под общим наркозом. После операции стало болеть сердце. Сейчас также периодически возникают ноющие или колющие боли в области сердца, иногда имеют место «сбои» в его работе (сердцебиение и аритмия): «чувствую, что оно дергается, было учащенное сердцебиение и даже бывало такое, что не мог из-за этого уснуть». Раза три лечился в кардиологическом стационаре с диагнозом вегетососудистой дистонии. Отмечает, что боли в области сердца снимает валидол (острую колющую), а также валокордин и барбовал (ноющую). Боль в сердце возникает, когда понервничает и когда не выспится. На ЭКГ фиксируют аритмию. Утром вялый («встаю с трудом»). Обычно ночью просыпается в 2 часа, а потом вновь засыпает. Второй раз

просыпается в половине четвертого или в половине пятого. Будильник заводит на половину пятого, так как в 6 часов утра идет автобус на работу. Ложится спать в 10 часов вечера или в половину одиннадцатого. Такая продолжительность ночного сна для него недостаточна, после него вялый, сонный. Бывает, что когда на работе заполняет какие-либо документы, то у него «не хватает силы писать и я засыпаю. Просто отключаюсь на 15 мин или на полчаса». Если ложится спать не позже 9 часов вечера, то на следующий день чувствует себя нормально. Не курит, алкогольные напитки и наркотики не употребляет.

Объективно: рост – 178 см, масса тела – 64 кг, АД – 120/70-80 мм. рт. ст. Оволосение на лобке по мужскому типу с гипертрихозами, волосы от лобка «поднимаются» вверх к пупку не дорожкой, а очень широким фронтом. Затем от пупка они «идут» к грудной клетке. В нижней части грудной клетки оволосение хорошо развито. На ногах очень выраженное оволосение. На спине и шее волосы отсутствуют. Пропорции тела мужские. Член (головка легко открывается) и яички нормальных размеров, член в незерегированном состоянии – 8 см. Мошонка нормальной складчатости и пигментации. Придатки не увеличены, не уплотнены, б/болезненны.

Допплерография полового члена. Приток к а. dorsalis penis не изменен. В пещеристых телах дистальные сегменты а. dorsalis penis визуализированы, проходимы, ее просвет и стенка в пределах физиологической нормы. Допплерографически во всех сегментах четкий магистральный кровоток. Вены пениса не расширены, эластичны. Допплерографически во всех сегментах лоцируется фазный кровоток. Клапанной недостаточности при пробе Вальсальвы не выявлено.

Гормональные исследования крови. ФСГ почти соответствует норме, ЛГ в пределах нормы, содержание эстрадиола повышено, содержание пролактина снижено, тестостерон в пределах нормы.

Беседа с женой. Окончила 9 классов школы и 2 года училась на швею в ПТУ. Работает уборщицей. **Впервые испытала оргазм в 15 лет** во время ночного сна. В детстве практически не мастурбировала, так как «мать била по рукам, когда я туда лезла». Мастурбировать начала с 21 года (после замужества), так как у них с мужем не получалось, но при стимуляции клитора оргазм не наступал. При мастурбации влагилице не увлажнялось, и возникала боль. В 28-29 лет для увлажнения начала использовать детский крем, но все равно «не кончала», так как быстро уставала. В 30 лет при мастурбации один раз возник оргазм. Хотела приобщить к стимуляции клитора мужа, он делал это пару раз, но грубо («как-то ногтями попадал»). Оральный секс не практикуют. С 16 лет при закрытых глазах имели место романтические фантазии, которые переходили в эротические и сексуальные. Это фантазирование было с 16 до 20 лет, а также когда находилась в разводе. С 15 лет снятся эротические сны: ласки и поцелуи, иногда половой акт (в тех из пяти наступает оргазм). Сейчас такие сны тоже снятся. С самого начала они снились 1 раз в 2 месяца, а когда вышла замуж 1 раз в месяц. Снятся молодые, красивые, стройные мужчины, которые являются «выдуманными персонажами». Муж не снится. С детства настороженно относилась к мальчикам, потому что они дразнили ее из-за ее полноты. В 15 лет влюбилась в мальчика, но не целовались и не обнимались с ним. При активном расспросе возраст пробуждения **платонического либидо** – 10 лет, а **эротического** – 15 лет. До мужа ни с кем не целовалась. Познакомилась с будущим супругом в 18 лет в церкви. Сначала он ей

нравился, а она ему нет. Потом она ему тоже понравилась. Когда они вынужденно разошлись с мужем и-за его расстройства, она за ним скучала, хотя сама была инициатором развода. До женитьбы относилась к будущему мужу как к мужчине, а потом, из-за того что у него не получалось, стала относиться к нему как к брату и другу. Сейчас относится к нему так же. Когда после проведенного в период развода лечения супруг сказал, что уже выздоровел, то они поженились повторно. Однако он опять оказался сексуально несостоятельным. Есть один человек, который ей нравится – это их пастор, которому 55 лет. Он не женат. Никаких сексуальных отношений между ними не было. Следует отметить, что до брака именно она проявляла активность в установлении отношений со своим будущим мужем (была их инициатором).

Пациенту было назначено: аевит, пентоксифиллин, силденафил по 50 мг за 1 час до планируемого полового акта. От назначения локальной декомпрессии (ЛД) полового члена отказались, так как ему ранее проводили такое лечение, но после него у него головка стала нечувствительной. Через некоторое время чувствительность нормализовалась. Рекомендовано раньше ложиться спать.

Во время следующего посещения пациент сообщил, что силденафил вызвал головную боль. Отмечает, что «член немного стоял. Стоял, стоял, а потом опускался, а через время опять поднимался». Член мог вставить только частично. Никакого удовольствия не получил и «не кончил». Сильно болела голова, покраснело лицо, лоб был горячий. «В этот раз напряжение было лучше, чем раньше. Раз семь пробовали». Я объяснил пациенту, что это побочное действие силденафила («в голове сосуды расширяются так же, как и в члене, и поэтому она болела»). Жена пациента рассказала, что в последний раз он «порвал» ей девственную плеву, но не знает до какой степени. Была проведена коррекция в назначениях. Силденафил был заменен на варденафил. Также к лечению был добавлен экстракт элеутерококка, андриол (в малых дозах) и рекомендовано использование метода «гинекологическое положение» [3], предложенного К. Imieliński [8], с которым мы познакомили супружескую пару.

Через 5 дней позвонил пациент и сообщил, что принял 10 мг варденафила. Головной боли не было, была заложенность носа, он покапал что-то от этого в нос, и ему удалось провести половой акт при хорошей эрекции. Андриол он не нашел, и мы порекомендовали заменить его на провирон, который он потом так и не начал принимать.

Через месяц пациент позвонил нам повторно, поздравил с Новым годом и поблагодарил от себя и жены за полученные результаты. Рассказал, что уже после приема 1 таблетки варденафила эрекция нормализовалась, но он продолжал принимать пентоксифиллин и аевит. Также отметил, что у него усиливается сексуальный интерес к жене, т. е. отмечает появление у себя «сексуального тепла».

Обобщая вышеприведенное, следует отметить, что в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной расстройством эрекции у мужа. Клинический анализ состояния его сексуальной сферы свидетельствует о том, что речь идет о выраженной ретардации сексуального развития и обусловленной ею выраженной конституциональной сексуальной дефицитарности, проявляющейся отсутствием на момент обращения (в 37 лет) сексуального компонента либидо, расстройством эрекции и ослабленным или отсутствующим оргазмом. Предрасполагающим фактором для виргогамии явилось полное отсутствие добрачного

сексуального опыта у обоих супругов. Обращает на себя внимание хорошее оволосение, которое входит в противоречие с имеющимися место параметрами психосексуального развития. Гораздо проще было бы оценивать его состояние, если бы речь шла об оволосении, которое бы укладывалось в параметры слабой половой конституции по шкале ее векторного определения [1]. Однако облигатного параллелизма, как известно, в этом плане не существует. Не следует забывать о том, что конечный результат влияния любых гормонов, в том числе и половых, на организм человека и его поведение определяется не только их количеством в крови, но также метаболизмом гормонов и чувствительностью к ним органов-мишеней. Так, мы наблюдали одного пациента, у которого правая половина лобка была полностью покрыта волосами, в то время как они покрывали лишь половину лобка слева. У пациента же, о котором речь идет в данной статье, по всей видимости, имело и имеет место снижение чувствительности к половым гормонам церебральных структур, участвующих в формировании либидо. Адекватное лечение, назначенное пациенту, обеспечило возможность совершения полового акта. С большой долей вероятности можно предполагать, что при половой жизни у него разовьется сексуальный компонент либидо, что уже начало происходить.

Литература

1. Васильченко Г. С. Половая конституция / Г. С. Васильченко // *Общая сексопатология: Руководство для врачей* / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 216–233.
2. Кочарян Г. С. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике / Г. С. Кочарян // *Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов.* – Харьков, 1987. – С. 422–423.
3. Кочарян Г. С. Современная сексология / Г. С. Кочарян – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
4. Непорочное супружество (виргогамия). – URL: <http://meddovidka.ua/content/view/637/681/> (дата обращения: 17.05.2015).
5. Психологическая энциклопедия. – URL: http://enc-dic.com/enc_psy/Virgogamija-3477.html (дата обращения: 19.05.2015).
6. Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. / А. М. Свядоц. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
7. Суслов К. В. Виргогамный брак и сексуальная активность / К. В. Суслов, В. М. Рябов – URL: http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/25/2/161 (дата обращения: 15.05.2015).
8. Imieliński K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych / K. Imieliński // *Sexuologia kliniczna* / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielińskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.

References

1. Vasil'chenko G. S. Polovaya konstitutsiya / G. S. Vasil'chenko // *Obshchaya seksopatologiya: Rukovodstvo dlya vrachey* / Pod red. G. S. Vasil'chenko. – M.: Meditsina, 1977. – S. 216–233.
2. Kocharyan G. S. Priemy ratsional'noy psikhoterapii v seksologicheskoy praktike /

G. S. Kocharyan // Sotsial'no-psikhologicheskie i meditsinskie aspekty braka i sem'i: Tez. dokl. 3-y obl. nauch.-prakt. konf. seksopatologov. – Khar'kov, 1987. – S. 422–423.

3. Kocharyan G. S. Sovremennaya seksologiya / G. S. Kocharyan – K.: Nika-Tsentr, 2007. – 400 s.

4. Neporochnoe supruzhestvo (virgogamiya). – URL: <http://meddovidka.ua/content/view/637/681/> (data obrashcheniya: 17.05.2015).

5. Psikhologicheskaya entsiklopediya. – URL: http://enc-dic.com/enc_psy/Virgogamija-3477.html (data obrashcheniya: 19.05.2015).

6. Svyadoshch A. M. Zhenskaya seksopatologiya. 5 izd., pererab. i dopol. / A. M. Svyadoshch. – Kishinev: Shtiintsa, 1991. – 184 s.

7. Suslov K. V. Virgogamnyy brak i seksual'naya aktivnost' /K. V. Suslov, V. M. Ryabov – URL: http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/25/2/161 (data obrashcheniya: 15.05.2015).

8. Imieliński K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych / K. Imieliński // Sexuologia kliniczna / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielińskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.

Надійшла до редакції 04.02.2015
