

© А. И. Федорова¹, Е. И. Новиков²

¹ Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования: кафедра сексологии;

² Военно-медицинская академия: кафедра акушерства и гинекологии им. А. Я. Красовского, Санкт-Петербург

ДИСПАРЕЙНИЯ: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ

■ Обсуждена клиническая целесообразность выделения различных патогенетических форм диспарейнии. На основании анализа 186 случаев определены критерии дифференциальной диагностики органической диспарейнии с психосоматической формой психогенной диспарейнии, а также патогенные факторы, способствующие формированию смешанной диспарейнии.

■ **Ключевые слова:** диспарейния; психосоматика

Введение

Под диспарейнией понимают различного рода болевые и неприятные ощущения в половых органах, связанные с половой жизнью. В литературе нередко отсутствует четкость понятийного аппарата, относящегося к данному расстройству, встречаются значительные терминологические расхождения. Это обуславливает необходимость уточнения дефиниций. В существующей классификации болезней (МКБ 10) диспарейния рассматривается как заболевание, шифрующееся по двум разделам:

1. Диспарейния, обусловленная первично органическими изменениями мочеполовой сферы (N94.1).
2. Диспарейния неорганической природы (психогенная), являющаяся половой дисфункцией (F52.6). Под ней понимаются боли во время полового акта, явные причины которых не обнаруживаются и важными могут быть эмоциональные факторы. Специально оговаривается, что при психогенной диспарейнии возникающие жалобы не могут быть приписаны другому психическому и поведенческому расстройству (психозу, депрессивному или соматоформному расстройству и т. д.). Тем самым подчеркивается стержневой характер нарушения именно сексуального функционирования в ее патогенезе.

Термин диспарейнии объединяет неоднородные по этиопатогенетическим механизмам своего формирования расстройства, предусматривая достаточно жесткое разграничение терапевтических подходов и зон ответственности гинекологов и сексологов. Однако современные представления о патоморфологии половых органов и вегетативной нервной системы, учение о боли [4, 8], современная транзактная концепция стресса [1, 13], учения о личности и психосоматических взаимоотношениях в организме [6, 7] со всей очевидностью доказывают, что механистичное разграничение органических и психогенных форм диспарейнии может быть весьма затруднительным вследствие тесного переплетения соматических и психических патогенных факторов и малоперспективным для выбора врачебной тактики. К диспарейнии, являющейся результатом органических изменений в гениталиях, могут присоединяться психические реакции на болевую симптоматику (невротические, аффективные, ипохондрические и т. д.), поддерживающие и усиливающие ее, а со временем и выходящие на первый план. С другой стороны, первично появившееся психическое переживание при определенных условиях может участвовать в последующем постепенном формировании структурного патологического процесса.

Таким образом существующее бивариантное разделение диспарейнии оставляет за рамками рассмотрения специалистами многофакторность и частое тесное переплетение соматических и психических патогенных влияний. В условиях традиционно сложившейся практики обращения женщин с болями при половом акте в первую очередь к гинекологам психологические механизмы формирования и поддержания диспарейнии нередко оказываются за рамками врачебного рассмотрения, либо сомнения в соматической природе диспарейнии заставляет врача полностью переадресовывать пациентку к психиатру или сексологу. Принцип «или-или» в выборе терапевтической тактики нередко носит существенный ущерб комплексности проводимых лечебных мероприятий и их эффективности.

Патогенетический подход к проблеме диспарейнии позволил разработать ее классификационное деление, облегчающее выработку дифференцированной терапевтической тактики ведения таких пациенток [10, 11, 12].

I. Органическая диспарейния, обусловленная первично органическими изменениями мочеполовой сферы и иннервирующей их системы (воспалительными, атрофическими, рубцово-спаечными, эндометриозными, травматическими и т. д.)

II. Психогенная диспарейния, причиной которой служат факторы, нарушающие психологическое управление половой функцией: особенности психосексуального развития, личностные характеристики женщины, дисгармоничные партнерские взаимоотношения. Разнообразие наблюдаемых клинических проявлений психогенной диспарейнии, интерпретированное в русле двух различных механизмов соматического симптомообразования — конверсионного и психосоматического, преломленных особенностями психосексуального развития пациенток, позволило выделить две ее клинко-патогенетические формы: конверсионную и психосоматическую.

Конверсионная диспарейния традиционно рассматривает боли при половом акте в рамках истерических расстройств и трактует их как символический телесный симптом, имеющий смысл непринятия полового партнера, самого факта сексуальных отношений или их конкретного существующего стереотипа. Они развиваются при объективной или субъективной невозможности изменить сложившуюся ситуацию, найти другой, более приемлемый и конструктивный способ отказа от половой жизни, привлечь внимание партнера к сексуальной сфере. Следует иметь в виду, что боли являются наиболее социально приемлемым поводом отказа женщины от нежелательной половой жизни. Это позволяет говорить об опреде-

ленной «рентности» данной формы диспарейнии, «условной приятности и желательности болезненного симптома» [9]. Клиническая симптоматика нередко отличается яркостью, демонстративностью, полиморфизмом и неустойчивостью, «избирательностью» возникновения (возникает только при определенных ситуациях, с определенными партнерами или, наоборот, не возникает в определенных ситуациях и с определенными партнерами). Конверсионная диспарейния часто ассоциирована с истерическими чертами личности, задержками или искажениями психосексуального развития, жесткими запретами на сексуальные проявления, формирующими неадекватное восприятие полового акта.

В развитии **психосоматической диспарейнии** решающее значение имеет психогенный компонент, а именно воздействие стрессора, с которого заболевание начинается и последовательно развивается в соответствии с классической транзактной концепцией. В качестве стрессоров рассматриваются личностные проблемы, вызывающие сильный душевный разлад, приводящие к негативным эмоциям, неуверенности в себе [1, 13]. Сопутствующие стрессу «негативные» эмоции вызывают нейродинамические изменения в вегетативной нервной системе, способные приводить к спастическому состоянию мышц тазового дна, изменениям проведения чувствительной информации, нарушениям микроциркуляции в гениталиях, венозному застою, дистрофическим процессам в них. Результатом могут являться болезненные ощущения во время полового акта. Поначалу изменения в гениталиях носят функциональный, обратимый характер, но формирующаяся матрица долговременной памяти определяет возможность их постепенного перехода в необратимые структурные изменения гениталий. Формируется порочный круг психосоматических взаимоотношений, определяющий характерную динамику: постепенное формирование патологического процесса в гениталиях из первично психогенного расстройства [4, 7].

Являющиеся этиологическим фактором стрессоры не всегда имеют символическое специфическое содержание, как при конверсионной диспарейнии. Более характерным является общее нарушение ситуации, затяжные эмоциональные конфликты (смутные сексуальные страхи, недоверие к партнеру, непринятие собственной женственности), необычные ощущения от гениталий, особым образом интерпретируемые, внушенные идеи или страх болезни. Так называемый «выбор органа» происходит по принципу наибольшей соматической уязвимости гениталий, а также их важности в представлении конкретной женщины

для жизнедеятельности организма, успешности и комфортности существования.

Эта клиническая форма диспарейнии особенно трудна для дифференциальной диагностики в связи с возможным постепенным развитием структурных изменений в гениталиях и выраженными соматическими фиксациями пациенток. Пациентки именно с психосоматической диспарейнией нередко длительно и малоэффективно лечатся у врачей гинекологического профиля по поводу различных болей в области гениталий, поначалу связанных с половым актом, а в последующем, возможно, постепенно трансформирующихся в хронические боли при отсутствии адекватной терапии.

III. Смешанная диспарейния является следствием сочетания первично развившейся органической диспарейнии с различными психогенными факторами, влияющими на восприятие боли, формирование болевого и сексуального поведения и в ряде случаев наполняющими ее новым смыслом. Наиболее распространенными вариантами сочетаний являются:

- усиление и качественные изменения первичных «органических» диспарейнических болей на фоне психогений, имеющих отношение к реализации сексуальности и присутствовавших, по крайней мере в частичном варианте, и до появления заболевания;
- присоединение к первично органической диспарейнии (чаще на фоне прогредиентного течения гинекологического заболевания и его неэффективной терапии или пессимистической интерпретации) астенических, депрессивных и ипохондрических реакций, усиливающих болевую симптоматику и формирующих страх и негативное отношение к половой жизни;
- параллельное включение соматогенных и психогенных механизмов формирования, например в ситуациях, когда факт возникновения «органической» диспарейнии имеет внутреннюю тесную связь с психотравмирующей ситуацией сексуального характера.

В соответствии с патогенетическими механизмами своего формирования психосоматическая и смешанная диспарейнии требуют бригадного терапевтического подхода со стороны гинекологов и сексологов. Особый интерес представляет психосоматическая диспарейния, имеющая клиническое сходство с органической и часто имитирующая ее проявления. В связи с этим разработка критериев дифференциальной диагностики органической и психосоматической диспарейнии является актуальной проблемой.

Цель исследования — определение критериев дифференциальной диагностики органической

и психосоматической диспарейнии путем их сравнительного анализа, выявление факторов, способствующих формированию смешанной диспарейнии, путем сравнительного анализа органической и смешанной форм.

Методика

Обследованы 168 женщин в возрасте от 17 до 50 лет с болями при половом акте: у 82 из них была диагностирована органическая диспарейния (группа I), у 41 — психосоматическая форма психогенной диспарейнии (группа II), у 45 — смешанная диспарейния (группа III). Рассматриваемые группы сопоставимы по возрасту, образованию и семейному положению. В работе использованы клинический, клинико-анамнестический и клинико-психологический, лабораторный и статистический методы исследования. Детально изучен анамнез заболевания (характер, локализация и динамика болей при половом акте, обстоятельства их возникновения), анамнез жизни с акцентом на особенностях психо-сексуального развития, наличии различных «болевых» событий, связанных с половой сферой, — фактора «проторенных путей» [2]. Проанализировано состояние сексуальной функции с подробным выяснением состояния компонентов либидо и оргастической функции до заболевания и на его фоне, интенсивности половой жизни, ее мотивации, характера партнерских отношений. Конституциональные параметры половой функции оценивались при помощи Векторной шкалы половой конституции женщины [5]. Проведено стандартное гинекологическое обследование, а также необходимые лабораторные и инструментальные исследования с целью выявления наличия и характера структурных изменений гениталий, уточнения их этиологии. Исследовалась выраженность различных личностных характеристик женщин, оцениваемая в баллах по специальной шкале, разработанной в ПНИИ им. В. М. Бехтерева. Экспериментально-психологическое исследование включало оценку уровня реактивной и личностной тревоги по шкале Спилбергера-Ханина, уровня депрессии по шкале Зунга, алекситимии по шкале TAS [3, 6]. Статистический анализ результатов проведен стандартным пакетом программ прикладного статистического анализа (SPSS v. 9.0) с использованием критерия Стьюдента, χ^2 -критерия Пирсона, а также точного метода Фишера.

Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ болевого синдрома и гинекологического статуса

У 100 % обследованных с органической и смешанной диспарейнией выявлены патологические

Таблица 1

Сравнительная характеристика диспарейнических жалоб ($M \pm m$, %)

Жалобы	I группа n = 82	II группа n = 41	III группа n = 45	p
Умеренные диффузные боли в низу живота	10,9 ± 3,5	29,2 ± 7,2	8,9 ± 4,2	$p_{I-II} = 0,026$
Натертость во входе во влагалище	34,1 ± 5,3	7,3 ± 4,1	2,2 ± 2,2	$p_{I-II} < 0,001$ $p_{I-III} < 0,001$
Зуд, жжение во входе во влагалище	17,1 ± 4,2	36,6 ± 7,5	33,3 ± 7,0	$p_{I-II} = 0,037$
Ощущение давления, спазма	1,2 ± 1,2	12,2 ± 5,2	6,7 ± 3,7	$p_{I-II} = 0,045$
Яркие, эмоционально окрашенные ощущения	3,7 ± 2,1	9,8 ± 4,6	31,1 ± 6,9	$p_{I-III} < 0,001$
Разлитые выраженные боли в проекции матки	24,4 ± 4,7	34,1 ± 7,4	42,2 ± 7,4	$p_{I-III} = 0,037$
Резкие кратковременные боли в низу живота	15,9 ± 4,1	4,9 ± 3,4	4,4 ± 3,1	$p_{I-II} = 0,04$ $p_{I-III} = 0,027$
Примечание: В связи с тем, что у одной исследуемой могло быть несколько изучаемых параметров, суммарный результат может превышать 100 %				

изменения в гениталиях, соответствующие широкому спектру гинекологических заболеваний. Достоверных различий в их выраженности и структуре гинекологических диагнозов не было. В группе психосоматической диспарейнии изменения гениталий выявлены в 82,9 % случаев, однако большей частью были представлены умеренными изменениями слизистой вульвы и влагалища (гиперемия, трещины, мацерация) и диффузной болезненностью гениталий при пальпации (54,3 % и 31,7 % соответственно), характерными для нарушений микроциркуляции, застойных явлений в малом тазу. Патогенная микрофлора у обследованных II группы отсутствовала либо была устранена в результате предшествующего лечения.

Различался в группах также характер болей при половом акте (табл. 1). У обследованных с органической диспарейнией характер болей соответствовал локализации, характеру и выраженности анатомических изменений гениталий. В сравнении с ними женщины со смешанной диспарейнией демонстрировали достоверно большую интенсивность и эмоциональную окраску болей при отсутствии достоверных различий в выраженности патологических изменений, а у исследуемых с психосоматической диспарейнией патологические изменения либо не выявлялись, либо были функциональными и вызывали более выраженные болевые и поведенческие реакции, нежели этого можно было ожидать. Достоверные различия наблюдались также в стойкости болей: в группе III они в 2,4 раза, а в группе II в 5,5 раз чаще длительно сохранялись после полового акта ($p < 0,05$).

Развитие органической и смешанной диспарейнии в 100 % случаев было связано с патологическим процессом в половых органах. Психотравмирующие факторы при органической диспарей-

нии отмечались всего в 2,4 %, а при смешанной появление или усиление болевой симптоматики было ассоциировано с ними в 53,3 % случаев. При психосоматической диспарейнии в 68,3 % случаев четко просматривалась временная связь появления болей при половом акте с психотравмирующими переживаниями (в их числе семейная партнерская проблематика — в 26,9 %, социальные психотравмирующие ситуации — в 19,5 %). У остальных она выявлялась в процессе психотерапевтической работы. Большинство женщин не осознавали роли психогении, предпочитая соматическую интерпретацию болей, хотя тщательное интервьюирование и анализ их динамики показывали обратное.

У обследованных с психосоматической диспарейнией в 6 раз чаще (34,1 %), а со смешанной в 4,5 раза чаще (24,4 %), чем при органической (4,9 %), была диагностирована дисфункция яичников ($p = 0,001$). Средние величины конституциональных параметров при психосоматической и смешанной диспарейнии также были достоверно ниже ($4,0 \pm 0,1$ и $4,2 \pm 0,1$ соответственно в сравнении с $4,8 \pm 0,1$ при органической диспарейнии, $p = 0,001$). Полученные данные отражают большую дефектность гормональной системы и конституциональную уязвимость сексуального функционирования при формах диспарейнии, имеющих психическую отягощенность.

У обследованных с психосоматической диспарейнией также была выявлена большая насыщенность «болевого» анамнеза жизни. У них достоверно чаще в прошлом встречались гинекологические заболевания (39,0 % в сравнении с 15,9 % и 17,8 % при органической и смешанной диспарейнии соответственно) и их длительное, травматичное для психики женщины лечение (29,3 % в сравнении с 6,1 % и 15,6 % при органической

Таблица 2

Сравнение оргастической функции женщин до развития диспарейнии ($M \pm m$, %)

Оргастическая функция	Группа I n = 82	Группа II n = 41	Группа III n = 45	p
Удовлетворительная	64,6 $\pm$ 5,3	39,0 $\pm$ 7,7	35,6 $\pm$ 7,2	$p_{I-II} = 0,007$ $p_{I-III} = 0,001$
Снижение оргастичности	22,0 $\pm$ 4,6	24,4 $\pm$ 6,7	20,0 $\pm$ 6,0	—
Партнерская аноргазмия	8,5 $\pm$ 3,1	14,6 $\pm$ 5,5	28,9 $\pm$ 6,8	$p_{I-III} = 0,006$
Абсолютная аноргазмия	4,9 $\pm$ 2,4	22,0 $\pm$ 6,5	15,6 $\pm$ 5,5	$p_{I-II} = 0,018$ $p_{I-III} = 0,078$
Всего	100	100	100	—

и смешанной диспарейнии); а также болезненная дефлорация (17,5 % в сравнении с 6,1 % и 8,9 % при органической и смешанной диспарейнии) и альгодисменорея (39,0 % в сравнении с 15,9 % и 17,8 % при органической и смешанной диспарейнии соответственно, $p < 0,05$). В 34,1 % случаев у исследуемых с психосоматической диспарейнией наблюдались периодические абдоминальные боли неясной этиологии (в сравнении с 1,2 % и 6,7 % у женщин с органической и смешанной диспарейнией соответственно, $p < 0,05$). Полученные данные позволяют рассматривать насыщенный гинекологический болевой анамнез в качестве «фактора проторенных путей», определяющего «выбор органа» при неспецифических стрессовых воздействиях [2].

Сравнительный анализ сексуальной функции

Установлены достоверные различия психосексуального развития женщин. При психосоматической и смешанной диспарейниях чаще отмечались его задержки на фоне нормального полового развития (51,2 % и 42,2 % соответственно в сравнении с 22,0 % при органической, $p < 0,05$), свидетельствующие о наличии в анамнезе жизни исследуемых психических факторов, тормозящих соответствующее конституции становление сексуальности. При смешанной диспарейнии достоверно чаще, чем при органической, были отмечены кроссполовые акцентуации полоролевого поведения (40,0 % в сравнении с 20,7 %). Сравнительный анализ также показал достоверные различия в структуре различных параметров сексуальной функции в группах. Органическая диспарейния достоверно чаще наблюдалась в качестве единственного расстройства сексуальности (40,2 % в сравнении с 22,0 % при психосоматической диспарейнии, $p < 0,05$), либо являлась манифестным сексуальным расстройством, к которому впоследствии присоединялись другие сексуальные дисфункции. Смешанная диспарейния ни в одном случае не была единственным сексуальным расстройством.

Психосоматическая и смешанная диспарейнии чаще развивались на фоне других сексуальных дисфункций (71,4 % и 64,4 % соответственно в сравнении с 26,1 % при органической, $p < 0,05$), преимущественно нарушения либидо и различных вариантов оргазмических дисфункций (табл. 2).

Анализ частоты и регулярности половой жизни (табл. 3) как в определенном смысле интегративного показателя отношения к ней показал, что на фоне постоянных диспарейнических болей женщины группы I больше склонны к сохранению регулярной половой жизни, а в группе II — к поддержанию лишь редких половых контактов либо к полному отказу от них. Различными были также мотивы сохранения половой жизни. В группе органической диспарейнии они в большей степени связаны с реализации сексуальных потребностей, а в группе психосоматической — с желанием поддержания партнерских отношений, соответствия общепринятым образцам женского ролевого поведения, со сложностью вербализации отказа от половой жизни. Сравнение органической и смешанной диспарейнии продемонстрировало наибольшее негативное влияние на сексуальную функцию сочетания сомато- и психогенных воздействий.

Сравнительный анализ результатов психологических исследований

Сравнение выраженности личностных характеристик исследуемых показало достоверные различия между группами по целому ряду параметров. Женщины с органической диспарейнией имели более устойчивое настроение, более адекватную самооценку и адекватное выражение чувств ($p = 0,001$). В сравнении с ними женщины со смешанной диспарейнией отличались большей тревожностью, меньшей устойчивостью настроения ($p = 0,001$) и уверенностью в себе ($p = 0,01$), а исследуемые с психосоматической диспарейнией — большей тревожностью, застенчивостью, склонностью к задержке эмоций, зависимостью, неуверенностью в себе, заниженной самооценкой ($p = 0,001$). Эти различия личностных качеств во

Таблица 3

Регулярность половой жизни на фоне постоянных болей при половом акте ($M \pm m$, %)

Характер половой жизни	Группа I n = 50	Группа II n = 28	Группа III n = 39	p
Половая жизнь отсутствует	22,0 ± 5,9	25,0 ± 8,2	66,6 ± 7,6	$p_{I-III} < 0,001$
Редкие болезненные половые контакты	44,0 ± 7,0	67,4 ± 8,8	33,3 ± 7,5	—
Регулярная половая жизнь	34,0 ± 6,8	7,1 ± 4,9	2,6 ± 2,2	$p_{I-II} = 0,002$ $p_{I-III} < 0,001$
Всего	100	100	100	—

многом обуславливали своеобразный поведенческий рисунок как в межличностном, так и в сексуальном плане.

При экспериментально-психологическом исследовании были выявлены достоверно более высокие показатели алекситимии в группе психосоматических диспарейний. У 53,7 % исследуемых шкальные баллы соответствовали сомнительной алекситимии и у 36,65 % — алекситимии. В то же время в группах I и III сомнительная алекситимия была констатирована у 11 % и 35,6 % соответственно, а алекситимия выявлялась лишь у 6,7 % обследованных III группы ($p = 0,001$).

Обсуждение результатов

Результаты сравнительного анализа органической и психосоматической форм диспарейнии позволили сформулировать критерии, дающие гинекологам основание заподозрить включение психосоматических механизмов в формирование «необъяснимых» и трудно поддающихся общепринятой соматически ориентированной терапии случаев диспарейнии:

- несоответствие выраженности диспарейнической симптоматики структурным изменениям гениталий, более характерным для нарушений микроциркуляции, дистрофических процессов, застойных явлений в малом тазу;
- преобладание в клинической картине диспарейнии зуда, жжения, монотонных, неопределенных, диффузных болей;
- стойкость болевого синдрома после полового акта;
- появление диспарейнических жалоб на фоне стертого, затяжного, но личностно значимого эмоционального конфликта;
- присоединение диспарейнии к другим нарушениям сексуальности;
- большее деструктивное влияние на сексуальную функцию, нежели этого можно было ожидать, исходя из наблюдаемых структурных изменений в гениталиях;
- наличие в анамнезе жизни пациентки факторов, способствующих соматизации стресса

и его реализации в виде диспарейнии (задержки психосексуального развития; конституциональная уязвимость половой сферы; насыщенный «болевым» анамнез жизни, связанный с половой сферой; такие личностные характеристики, как повышенная тревожность, алекситимия).

При наличии нескольких критериев целесообразно сексологическое консультирование для подтверждения психосоматической природы расстройства и определения тактики совместного ведения больной гинекологом и сексологом.

Результаты сравнения органической и смешанной диспарейнии показали, что органическая диспарейния, развившаяся на фоне преморбидных тревожных и психастенических личностных особенностей, повышенной уязвимости сексуальной функции (вследствие нарушений психосексуального развития, низких конституциональных параметров), ее дисгармоничной реализации, в значительной степени подвержена патогенному влиянию различных психотравмирующих факторов. Они усиливают клинические проявления диспарейнии, придают им большую стойкость, способствуют быстрой негативной динамике качественных и количественных характеристик сексуальности, вплоть до ее дезактуализации и полного отказа от половой жизни.

Литература

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / Абабков В. А., Перре М. — СПб.: Речь, 2004.
2. Аверкина Н. А. Психологические факторы при хронической боли / Аверкина Н. А., Филатова Е. Г. // Ж. нерв. и псих. — 2000. — № 12. — С. 21–27.
3. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: методическое пособие / Ереско Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В. [и др.]; СПб НИИ им. В. М. Бехтерева. — СПб., 1994.
4. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / Анохин П. К. — М.: Медицина, 1975.
5. Ботнева И. Л. Шкала векторного определения половой конституции женщины / Ботнева И. Л. // Сексопатология:

- справочник / Под ред. Г. В. Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — С. 77–80.
6. *Бройтигам В.* Психосоматическая медицина / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. — М.: Гэотар Медицина, 1999.
7. *Губачев Ю. М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. — Л.: Медицина, 1981.
8. *Мелзак Р.* Загадка боли: пер. с англ. / Мелзак Р. — М.: Медицина, 1981.
9. *Свядоц А. М.* Женская сексопатология / Свядоц А. М. — Минск: Штиинца, 1991.
10. *Федорова А. И.* Дифференцированный патогенетический подход к терапии диспарейнии / Федорова А. И. // Российский семейный врач. — 2005. — № 2. — С. 22–27.
11. *Федорова А. И.* Клинико-патогенетические варианты психогенной диспарейнии: теоретическое обоснование. Сообщение I / Федорова А. И. // Обозрение медицинской психологии и психиатрии им. В. М. Бехтерева. — 2006. — № 4. — С. 17–20.
12. *Федорова А. И.* Психосоматические аспекты диспарейнии / Федорова А. И. // Сексология и сексопатология. — 2005. — № 1. — С. 10–15.
13. *Lazarus R. S.* Stress-related transactions between person and environment / Lazarus R. S., Launier R. // Perspectives in interactional psychology / Eds. L. A. Pervin, M. Lewis. — New York: Plenum Press, 1978. — P. 287–327.

Статья представлена В. Ф. Беженарем
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

DYSPAREUNIA: ETIOPATHOGENIC APPROACH TO DIAGNOSIS

Fedorova A. I., Novicov E. I.

■ **Summary:** The clinical expedience of distinguishing different pathogenetic forms of dyspareunia has been discussed. Basing on the analyses of 168 patients differential diagnostic criteria of organic dyspareunia and psychosomatic pathogenic form of psychogenic dyspareunia and predicted factors of psychosomatic dyspareunia were determined.

■ **Key words:** dyspareunia; psychosomatic