

Vajinismustan Disparoniye Cinsel Ağrı Bozukluklarının Etiyolojisi, Ayırıcı Tanısı ve Tedavi Seçenekleri Üzerine Bir Gözden Geçirme

A REVIEW OF THE ETIOLOGY, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND
THERAPEUTIC OPTIONS OF SEXUAL PAIN DISORDERS,
FROM VAGINISMUS TO DYSPAREUNIA: REVIEW

Dr. N. Berfu AKBAŞ,^a Dr. Fahri AKBAŞ,^b Dr. İrem YALUĞ^c

^aPsikiyatri ABD, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,

^bKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kadıköy Şifa Hastanesi, İSTANBUL

^cPsikiyatri ABD, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, KOCAELİ

Özet

Çalışmalarla göre kadınların %15 ila %20'si cinsellikle ilgili ağrıdan yakınmaktadır. Oldukça sık görülen bir problem olmasına rağmen cinsel ağrı ya da ağrılı cinsellik klinisyenlerin tanı koymada zorlandıkları bir alandır. Bu yazıda cinsel ağrı bozukluklarının etiyo- lojisi, ayırıcı tanısı ve psikopatolojisi üzerinde durulacak, mevcut çalışmalar gözden geçirilecektir. Vajinismus, DSM-IV'te vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici istem dışı spazmın olması şeklinde tanımlanmıştır. Literatürde çok uzun zamandır bilinse de etiyojisi tam olarak netlik kazanmamıştır. Psikoanalitik görüşe göre vajinismus bir konversiyon belirtisidir. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre ağrı beklentisine koşullanmış bir korku ya da anksiyete tepkisidir. Diğer bir bakış açısı pelvik taban kaslarının aşırı aktivasyonudur. Tüm bu yaklaşımların vajinismus etiyojisinde anlamlı bir yeri vardır, bu nedenle çok yönlü bir yaklaşımın kabulü daha tutarlıdır. Disparoni, her yaşta kadının cinsel ya da cinsellik dışı faaliyetlerini etkileyen, farklı yerleşimleri ve şekilleri olabilen tekrarlayan ya da kronik urogenital ağrı olarak tanımlanabilir. Ağrının tipine ve lokalizasyonuna göre kronik genital ağrı, disestezik vulvodini, vulvar vestibulit gibi alt grupları vardır. Disparoninin organik ya da psikolojik olduğunu ayırt edebilecek deneysel ya da teorik olarak geçerli tanı yolları bulunmamaktadır. Sonuç olarak vajinismus ve disparoni sadece bir ağrı bozukluğu, psikolojik bozukluk ya da pelvik taban hastalığı olarak ele alınıp tek yönlü tedavi planlanmamalı, her ikisine de heterojen, çok sistemli ve çok faktörlü hastalıklar gözüyle bakılmalı, tedavi protokolleri hastanın hikayesi ve şikayetleri ayrıntılı bir şekilde dinlendikten sonra kişiye özel olarak planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Vajinismus, disparoni, psikolojik, sekstüel disfonksiyonları

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007, 17:447-453

Abstract

Studies show that %15-20 of women complain about sexual pain. Sexual pain or painful sexuality has always been an area of conflicts for the clinicians. In this review the etiology, differential diagnosis and psychopathology of sexual pain disorders are discussed with the current literature. Vaginismus is defined as recurrent involuntary spasm of the musculature of the outer third of the vagina that interferes with vaginal penetration. The precise etiology is unclear. According to psychoanalytical view vaginismus is a conversion symptom, in cognitive-behavioristic view it's a fear or anxiety reaction conditioned to pain. Another point of view presumes that vaginismus is over activation of pelvic floor muscles with neuropathic origin. As each of these approaches may have a place in etiology a multidimensional approach should be accepted. Dyspareunia denotes to any form of recurrent or chronic urogenital pain that interferes with sexual and nonsexual activities in women of any age. The diagnosis is often hard to made. The etiology is not clear. Dyspareunia is divided into subgroups like chronic genital pain, dysaesthetic vulvodinia, vulvar vestibulitis syndrome according to the type and localisation of the pain. There are no empirically or theoretically valid guidelines to distinguish psychogenic vs. organic dyspareunia. The two categories of sexual pain disorders, dyspareunia and vaginismus are heterogeneous, multisystemic, and multifactorial disorders that should not be categorized as simply a "pain problems" or a "vestibulum problem" or a "psychological problem". An integrated approach is recommended and the treatment should be individualized to each women.

Key Words: Vaginismus, dyspareunia, sexual dysfunctions, psychological

Geliş Tarihi/Received: 02.04.2007 Kabul Tarihi/Accepted: 04.06.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. N. Berfu AKBAŞ
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri ABD, İSTANBUL
akbasnb@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007, 17

Cinsel ağrı ya da ağrılı cinsellik tanı koyma zorluğu bakımından klinisyenler için her zaman içinde şüpheler barındıran ve ustalık isteyen bir alan olmuştur. Çalışmalarla göre kadınların %15 ila %20'si cinsellikle ilgili ağrıdan

yakınmaktadır ve tahmin edilenin aksine bu şikayet postmenopozal kadınlardan çok 18-29 yaş aralığında daha fazla görülmektedir.¹⁻³ Oldukça sık görülen bir problem olmasına rağmen cinsel ağrı ve cinsellikle ilgili olarak konuşma konusunda gerek hastaların gerekse klinisyenlerin zorlanmaları tedavi olasılığını düşürmekte, bu şikayetle başvuran kadınların %40'ında ise birçok konsültasyona rağmen kesin bir tanı konulamamaktadır.^{3,4} Birçok ülkede toplumsal değerlerin ağrıya rağmen cinsel ilişki kurma konusunda kadın üzerindeki baskısı cinsel ağrı bozukluklarının tedavisini de güçleştirmektedir.

Bu yazıda cinsel ağrı bozukluklarının ayırıcı tanısı ve psikopatolojisi üzerinde durulacak, tedavi seçeneklerinden bahsedilecek, mevcut çalışmalar gözden geçirilecektir.

DSM-IV cinsel ağrı bozukluklarını iki başlıkta inceler; Disparoni ve vajinismus.⁵

Vajinismus için tanı ölçütleri:

A. Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması.

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu bozukluk başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Disparoni için tanı ölçütleri:

A. Erkek ya da kadında cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olması.

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu bozukluğa sadece vajinismus ya da ıslanmanın olmaması neden olmamaktadır, bu bozukluk başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bu iki tanının DSM'deki ağrı bozuklukları kategorisinin dışında, ayrı bir başlıkta incelenmesi bu

ağrının diğer ağrılardan farklı bir boyutu olduğunu akla getirmektedir.³

Vajinismus

Vajinismus tıp literatüründe 1861 yılında Sims tarafından "artan fizyolojik uyarılmayla birlikte kas kontraksiyonları ya da spazmlar" olarak tanımlanmıştır. Klinikle ilgili bilimsel kayıtlar XI. yy'a kadar uzanmaktadır. Bu kadar uzun zamandır bilinen bir hastalık olmasına rağmen etiyojisi halen netlik kazanmamış, bahsedilen vajinal spazm deneysel çalışmalarla net olarak gösterilememiştir.^{6,7} Kuşkusuz spazmı tespit edebilecek EMG ve benzeri nörofizyolojik çalışmaların bu kategorideki hastalarda yapılması çok zordur, çünkü hastaların ilk etapta bir jinekolojik muayene pozisyonuna bile tepkileri sert olabilmektedir. Aynı zamanda bu hastaların en fazla hassasiyet gösterdikleri perineal bölgelerine bir takım enstrümanlar yerleştirmek etik açıdan da tartışmaya açık olacaktır.

Sıklık

Vajinismus prevalansı ile ilgili değişik veriler bulunmaktadır. Çalışmalar %1 ila %6 arasında oranlar bildirirse de insidansın daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.⁸ Şimşek ve ark. çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozukluklarında yaptıkları geniş ölçekli araştırmalarında merkeze başvuran kadınlardaki vajinismus sıklığını %66 olarak bildirmişlerdir.⁹

DSM-IV'te her ne kadar cinsel ağrı bozuklukları başlığı altında yer alsın da tanımında ağrı ön planda değildir. Literatürde bu konudaki en büyük tartışmalar vajinismusun bir ağrı bozukluğu olup olmadığı, vajinismusla diğer cinsel ağrı bozukluklarının ne kadar bir arada buldukları ve aslında böyle bir tanının gerçekten var olup olmadığı konusunda süregelen tartışmadır. Ter Kuile ve ark. bu konuda yaptıkları geniş ölçekli çalışmada primer vajinismuslu 91 kadının %56'ında vulvar vestibulit tanısının da aynı zamanda bulunduğunu, ağrının ise %69'unda bulunduğunu tespit etmişler ve vajinismusla disparoninin ayrımının ağrı temelli yapılmasının güvenilir olmadığını belirtmişlerdir.¹⁰

Psikolojik Yaklaşımlar

Vajinismusla ilgili yıllar içerisinde çok fazla teori öne sürülmüştür. Psikoanalitik görüşe göre

vajinismus bir konversiyon belirtisidir. Çözülmemiş psikoseksüel çatışmalar bu reaksiyonun nedenleridir. Bozuk anne-çocuk ilişkisi, babayla ilgili gerçek ya da fantezi ensestiyöz tehditlere karşı bir savunma, kadınlık rolünün inkarı gibi konular en çok üzerinde durulan örneklerdir.^{6,11-13}

Vajinismuslu kadınların psikolojik profillerinin incelendiği çalışmalarda artmış komorbid anksiyete bozuklukları öne çıkmakta ancak depresyon düzeylerinin yüksek olmadığı belirtilmektedir.^{2,14-16} Kişilik özelliklerinde ise öne çıkan unsurlar dikkatin kendi üzerine odaklanması ve negatif kendilik değerlendirmesidir.

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre vajinismus ağrı beklentisine koşullanmış bir korku ya da anksiyete tepkisidir.^{3,12,17} Penis yaklaşmaya çalışıldığında aversif bir uyarana dönüşür ve ağrılı spazmlarla birlikte bir kaçınma davranışına yol açar. Vajinismuslu kadınların çoğunda vajenlerinin çok küçük olduğu, kızlık zarlarının kalın olduğu ya da penisin çok büyük olduğu şeklinde gerçektışı düşünceler mevcuttur. Bu nedenle de tedavi öğrenme prensiplerine dayanır. Bilgilendirme, bilişsel yeniden yapılandırma, sistemik desensitizasyonlar, ev ödevleri tedavinin temelini oluşturmaktadır.

İnteraksiyonel bakışta vajinismusla ilgili şikayetlerin eşler arasındaki dengeyi korumada ya da kadının emosyonel işlevselliği üzerinde bir rolü olduğuna inanılır. Bir anlamda sorun başka bir sorunu çözümlenmektedir. Bu problem dışında çift her açıdan sorunsuz ve uyumlu gibi görünmektedir. Bu teoride erkek eşin kişilik özellikleri ve davranış modeli göz önünde tutulur. Vajinismuslu kadınların eşlerinin de incelendiği birçok çalışmada erkek düşük öz saygısı olan, pasif, bağımlı, anksiyeteli bir birey olarak ortaya çıkar.^{3,18}

Sosyokültürel bakışta vajinismusun sosyal hayatta kadını bir şehvet nesnesi ya da sadece bir anneye indirgeyen ataerkil normlara karşı bir protesto özelliği taşıdığı belirtilmektedir. Feminist düşünceler kadınların cinsellikte erkeklerden farklı olarak duygusal yakınlığa daha fazla önem verdiğini savunur, terapide de cinsel birleşme hedef olmaktan çıkarılır ve kadının kendi bedeni üzerindeki gücünü keşfetmesi ve cinselliği yönetmesi amaçlanır.³

Diğer bir bakış açısı pelvik taban kaslarının aşırı aktivasyonu ile ilgili bir teoridir. Van der Velde ve ark. vajinistik reaksiyonların tehdit edici bir duruma karşı gelişen genel bir savunma mekanizmasının bir parçası olduğunu ve bu reaksiyonların koşullanmayla yerleştiklerini öne sürmektedirler.¹⁹ Çalışmalarında vajinismuslu olan ve olmayan kadınlara farklı uyaranlar içeren filmler seyrettirilmiş, pelvik taban ve trapeziyus bölgesindeki kasların EMG incelemeleri yapılmış, tehdit içeren sahnelerde her iki bölgede EMG aktivitelerinde artış olduğu gözlenmiştir. Diğer bir çalışmada Şafik ve El-Sibai, vajinismuslu kadınların pelvik taban kaslarında istirahat halinde ve vajinal uyarıyla artan EMG aktivitesi tespit etmişler ve patogenezinde nöropatik ya da miyojenik kaynaklı bir bozulmuş refleks arkından bahsetmişlerdir.²⁰ Bu konuda çok sayıda araştırma yapmış olan Binik ve ark. DSM-IV kriterlerinde de belirtilmekte olan vajinal spazmın aslında hiçbir çalışmada anlamlı olarak tespit edilemediğini, vajinismusun vulvar vestibülitten ayrımının çok zor olduğunu ve bir genital ağrı bozukluğu olarak yeniden kavramlaştırılması gerektiğini savunmaktadırlar.^{6,7,15}

Kuşkusuz tüm bu yaklaşımların vajinismus etiyojisinde anlamlı bir yeri vardır, bu nedenle çok yönlü bir yaklaşımın kabulü daha tutarlıdır.

Disparoni

Disparoni terimi 1874 yılında Barnes tarafından tıp literatürüne sunulmuş ve ağrılı birleşmeye sebep olabilecek değişik durumları tanımlamak için kullanılmıştır. Zaman zaman disparoni kronik pelvik ağrı ve vajinismus tanımlamak için de kullanılmaktadır. Daha standart bir terminoloji olarak, her yaşta kadının cinsel ya da cinsellik dışı faaliyetlerini etkileyen, farklı yerleşimleri ve şekilleri olabilen tekrarlayan ya da kronik urogenital ağrı olarak tanımlanabilir.¹⁴

Ancak 21 yaşında bir kadının penetrasyon esnasında hissettiği keskin ağrıyla 45 yaşındaki bir kadının derin penetrasyonda hissettiği künt ağrı aynı kategoride değerlendirilemeyeceği için zaman içinde vulvodini, vulvar vestibulit, vestibulodini gibi daha ayrıntılı alt sendrom tanımlarının oluşmasına da sebep olmuştur.^{6,14}

Genital ağrı bozuklukları akut ve kronik ağrılar olarak iki grupta incelenebilir.

Akut genital ağrı etiyojisi genellikle enfeksiyonlara bağlı ve tanısı kolay konulabilen rahatsızlıklardır. Jinekoloji kliniklerinde oldukça sık rastlanan kandidiazis, trikomoniazis, genital herpes bu enfeksiyonlardandır.

Kronik genital ağrı ise tanısı daha zor konulan bir durumdur. Konuyla ilgili ilk kayıtlardan biri 1889 tarihinde Skene'nin tarifidir; "dış görünüm tamamıyla normal iken, vulvadaki hiperestetik bölgeye parmak dokununca kadınların ağlamasına sebep olan" bir ağrıdan bahsetmektedir.²¹ Genellikle standart bir tedavisi yoktur ve uygulanan tedaviler çoğunlukla ağrıyı tam olarak geçirmez. Kendi kendine uygulanan tedaviler ve iritanlarla temas vulvar yüzeyde iyatrojenik enflamasyona sebep olabilir.² Çok sık görülmesine de liken simpleks kronikus, liken sklerozis, liken planus gibi dermatozlar kronik vulvar enflamasyona ve ağrıya sebep olabilir.

Etyoloji de kesin bir neden bulmak gerek belirtilerin çok uzun zamandır devam etmesinden, gerekse denenmiş değişik fiziksel ajanlar, eşlik eden psikolojik ve psikoseksüel etkenler nedeniyle zordur. İyatrojenik faktörler semptomların başlamasında ve şiddetlenmesinde önemli olabilir. Tedavi için verilen topikal ajanlar, sabunlar, hijyen ürünleri vulva yüzeyinin diğer bölgelere göre daha dayanıksız olmasından dolayı daha fazla irritasyon etkisine sahiptir. Genetik özelliklerin etkisi tartışmalıdır. Beslenme faktörleriyle ilgili üriner oksalatların üzerinde durulmuştur fakat bu maddelerin herhangi kronik bir durumu kötüleştirebilecek iritanlar olduğuna ancak genital ağrı sendromlarına sebep olamayacakları kanaatine varılmıştır. 1980'lerde human papilloma virus (HPV)'nin etiyojistik bir ajan olabileceği öne sürülmüş, hatta bu nedenle interferon tedavileri uygulanmış, ancak yeni tekniklerle yapılan araştırmalarda ağrı sendromuyla HPV enfeksiyonu arasındaki ilginin rastlantısal olduğu anlaşılmıştır.^{22,23}

Vulvodini

Tanımı 1985 yılında Lynch tarafından "yanma, batma, irritasyon tarzında kronik vulvar rahatsızlık"

olarak açıklanmıştır. Önceleri vulvodini tanımı içinde dermatozlar, papillamatozlar, vulvar vestibulit sendromu da bulunmakta iken yeni tanıda enfeksiyöz ve organik nedenler ekarte edildikten sonra bu tanının düşünülmesi önerilmektedir.²⁴

Disestezik vulvodinide ağrı uyarımla ortaya çıkmayan, daha süregen nevralsi tipi bir ağrıdır. Kadınlar tipik olarak peri ya da postmenopozal dönemdedir. Ağrının tipi post-herpetik nevralsideki gibi yanma, acıma tarzındadır ve vulvanın klinik görünümü normaldir.^{14,25}

Vulvar Vestibulit Sendromu (VVS)

VVS tanısında Friedrich kriterleri olarak adlandırılan üç özellik mutlaka bulunmalıdır; vajinal ilişki sırasında penetrasyonda ağrı, vestibular bölgeye pamuklu çubukla hafif dokunuşlarda hassasiyet (allodini), vestibular bölgede kızarıklık.²⁶ İlk iki tanı kriteri yapılan çalışmalarda geçerlilik ve güvenilirlik gösterse de hastaların ağrı hisleri, cinsel işlevsellikleri, psikolojik durumları arasındaki farklılıklar kronik vulvar ağrılı durumların tanısını koymayı zorlaştırmaktadır.²⁷

Kadınlar tipik olarak 20-40 yaş arası ve beyazdır. Ağrı ilk cinsel ilişkiden itibaren bulunabilir ya da sonra da ortaya çıkabilir. Tanıyı koymada akut inflamatuvar ya da diğer organik süreçleri dışlayabilmek için altı aylık bir sürenin geçmesi önerilir. Bu zaman zarfında birçok doktor ve tedavi denendiği için tanı konduğunda bu kadınların çoğunda beraberinde öfke, korku ve hayal kırıklığı da görülmektedir.²¹

VVS da nöropatik ağrı mekanizmalarından şüphelenilmektedir. Yine VVS olan kadınların psikolojik profillerinde diğer dispareni ve vajinismuslu kadınlara göre artmış depresyon ve anksiyete oranları, mükemmeliyetçilik, zarardan kaçınma davranışı, erotofobi ön plana çıkmaktadır. Bu grubun termal ve taktil uyarıya daha hassas oldukları tespit edilmiştir.^{2,28}

Vestibulektomi sonrası yapılan histopatolojik örneklemelerde özel diyagnostik bulgulara rastlanılmamıştır. Daha çok lamina propriada ve periglandular dokularda kronik, non spesifik

enflamatuvar süreçler lehine bulgulara, yüksek T-hücre konsantrasyonuna rastlanmaktadır.^{21,29}

Disparoniye sebep olabilen diğer etiyolojik faktörler arasında endometriozis, over kistleri, pelvik inflamatuvar hastalıklar, inflamatuvar barsak hastalıkları, pelvik adezyonlar ve özellikle postmenopozal dönemde görülen vulvo-vajinal atrofi sayılabilir.

Disparoninin organik ya da psikolojik olduğunu ayırt edebilecek deneysel ya da teorik olarak geçerli tanı yolları bulunmamaktadır.¹⁴ Daha çok organik kökenli bir hastalık gibi görülse de pratikte görülen cinsel ağrıyla başvuran kadınlara birçok invaziv tetkik ve konsültasyon yapıldıktan sonra jinekologları tarafından fiziksel bir sorunları olmadığı ve bu sorunun kafalarında olduğu, bir psikiyatriste başvurmaları gerektiği şeklinde hazırlıksız yapılan tekliflerdir. Hastaların büyük bir çoğunluğu bunu kabul etmekte zorlanır, kabul edenler ise bu konuda ehil olmayan uzmanlarca gereksiz müdahalelere maruz kalabilirler.³⁰

Modern cinsel terapilerde disparoni tanısının karmaşıklığı göz önünde bulundurularak biyopsikososyal bir yaklaşıma önem verilir. Ağrıyı sorgularken lokasyonu, şekli, şiddeti, zamanı, süresi, varsa ağrıyı ortaya çıkaran diğer faktörler (örn: tampon kullanımı, dar giysilerin sürütmesi, günlük pedler), hasta için anlamı, hastanın ruhsal durumu ve ilişkileri ayrıntılı olarak irdelenmelidir. Disparonide jinekolojik muayene gereklidir ancak tedavi tamamen her hastaya özel ve multidisipliner olarak planlanmalıdır. Organik sebepler dışlandıktan sonra, hastanın ağrıyı nasıl anlamlandığı, cinsel hayatının ve eşiyile ilişkilerinin ne kadar etkilendiği ön planda tutularak dinamik psikoterapiden, çift terapisine, bilişsel davranışçı yaklaşımlardan topikal uygulamalara ve hatta vestibulektomi gibi cerrahi uygulamalara kadar uzanabilen geniş tedavi seçenekleri vardır.^{12,15} Hastaların yaklaşık %30'unda şikayetlerde herhangi bir tedavi uygulanmasa da zaman içinde azalma görülür. Özellikle bir tanı konulamamasının bu konuda rolü vardır.²¹

Sonuç

Cinsel ağrı bozuklukları toplumda oldukça sık görülen, kadınların cinsel hayatlarıyla birlikte,

eşleriyle ilişkilerinde, sosyal hayatlarında sıkıntılara yol açan, aynı zamanda depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal bozukluklara kadar gidebilen rahatsızlıklardır.^{31,32} Birçok olguda belirtiler üst üste bindiğinden ve organik-psikolojik ayrımını yapmada güvenilir ve kesin yöntemler bulunmadığından ayırıcı tanıları zordur.^{33,34}

Ağrıyı sorgularken geniş kapsamlı bir medikal ve psikoseksüel öykü almak en önemli adımdır. Predisposan, şiddetlendiren ve sürdüren faktörler ayrıntılı olarak değerlendirilmeli, beraberken anlatılmayan birtakım sıkıntılar da olabileceğinden eşler mutlaka ayrı ayrı da değerlendirilmelidir.³⁵ Psikoseksüel öyküde kadının geçmişinde bir seksüel abuse olup olmadığı, cinselliğe bakışı, istek, uyarılma ve orgazm bozukluğu olup olmadığı sorgulanmalıdır. Ağrıyı sorgularken ağrının lokalizasyonu (penisle ya da başka birşeyle dokunulduğunda mı, penis içeride bastırıldığında mı), tipi (yanıcı, künt), ağrıyla birlikte vücudunun kasıldığını hissedip hissetmediği, ağrının ne kadar devam ettiği, yeterince ıslanma olup olmadığı, ilişki sırasında ağrı hissettiğinde nasıl tepki verdiği (devam ediyorlar mı, bırakıyorlar mı vs.), ağrının genel olarak eşiyile ilişkisinde nasıl bir rol oynadığı gibi sorular mutlaka cevaplanmalıdır.²⁵

Etiyolojisi ve seyri çok iyi bilinmeyen VVS'nda vajinal kas EMG'si ile birlikte biofeedback yöntemleri, bilişsel davranışçı yöntemlerle birlikte fizyoterapi, sabun, parfüm, günlük ped kullanılmasını engelleyen hijyen düzenlemeleri, topikal östrojen, kromolin, anestetik kullanımı, trisiklik antidepressanlar, gabapentin, vestibulektomi, vestibuloplasti gibi birçok tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Ancak bu müdahaleler sadece hasta özelliklerine göre seçilen, klinik faydaları gösterilmişse de bilimsel kanıtları bulunmayan seçeneklerdir.

Vajinismus söz konusu olduğunda hastalığın bir cinsel işlev bozukluğundan çok bir ağrı bozukluğu olarak ele alınması gerektiğini savunan düşünceler olsa da İkinci Uluslararası Eretil ve Seksüel Disfonksiyonlar Konsültasyonu'nda problemin, ağrının kendisinden çok ağrı beklentisine karşı genel bir defansif reaksiyon olarak değerlendirilip, tanımının "*kadının arzusunun rağmen penis,*

parmak ya da herhangi bir nesnenin vajinal girişini sağlamak konusunda sıkıntı yaşamaması, genellikle bu duruma eşlik eden bir kaçınma ve ağrı beklentisinin olması, bu duruma sebep olabilecek yapısal ve fiziksel anormalliklerin dışlanmış olması “şeklinde değiştirilmesi önerilmiştir.^{8,25,35} Tedavisinde öncelikle anatomik, fizyolojik bilgilendirme, kişinin cinsellikle ilgili mitlerinin öğrenilmesi ve bunlar üzerinde tartışılması, çiftin cinsellikle ilgili beklentileri, cinsel uyumu, iletişimi güçlendirmeleri yönünde yaklaşımlar, bilişsel davranışçı yönelimli cinsel terapiler ön plandadır. Cinsel terapide öncelikle kadının penetrasyon konusundaki kaygısını azaltmak için koit yasağı uygulanır, sonrasında sistemik sensitizasyon tekniklerini içeren ev ödevleri verilir ve kademeli olarak penis girişi amaçlanır.^{34,36,37} Bunun yanında VVS tedavisinde bahsedilen pelvik taban fizyoterapisi, EMG biofeedback, cerrahi teknikler ve botulinum toksini uygulamalarına da rastlanmaktadır.³⁸⁻⁴⁰ Yine bu uygulamaların hiçbirinin bilimsel dayanağı bulunmamaktadır.

Sonuç olarak vaginismus ve disparoni sadece bir ağrı bozukluğu, psikolojik bozukluk ya da pelvik taban hastalığı olarak ele alınıp tek yönlü tedavi planlanmamalı, her ikisine de heterojen, çok sistemli ve çok faktörlü hastalıklar gözüyle bakılmalı ve tedavi protokolleri hastanın hikayesi ve şikayetleri ayrıntılı bir şekilde dinlendikten sonra kişiye özel olarak planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Polonsky DC. Sexuality in women. *Harvard Rev Psychiatry* 2001;9:310-7.
- Schultz WW, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wessellmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med* 2005;2:301-16.
- Schultz WC, Van de Wiel HB. Vajinismus. In: Balon R, Segraves RT eds. *Handbook of Sexual Dysfunction*. New York: Taylor& Francis; 2005. p.273-89.
- Beard R.W. Chronic pelvic pain. *Br J Obstet and Gynecol* 1998;105:8-10.
- DSM-IV. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. 4. baskı. Çeviri editörü: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998.
- Binik YM, Reissing E, Pukall C, Flory N, Payne KA, Khalife S. The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 2002;31-5:425-9.
- Reissing E, Binik Y, Khalife S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav* 2004;33-1:5-17.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E. Epidemiology/Risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004;1-1:35-9.
- Şimşek F, Özdemir Ö, İncesu C, Karakoç B, Özkardeş S. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Ürol Bült* 2003;14:137-44.
- Ter Kuile MM, Van Lankveld JJ, Vlieland CV, Willekes C, Weijnenborg PT. Vulvar vestibulitis syndrome: An important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005;26:245-9.
- Leiblum SR. Vaginismus, a most perplexing problem. In: Leiblum SR, Rosen RC eds. *Principles and Practice of Sex Therapy*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2000. p.181-202.
- van Der Velde J, Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behav Res Ther* 2001;39:395-408.
- Hiller J. Defining vaginismus. *Sex Rel Ther* 2000;15:87-90.
- Pukall CF, Payne KA, Kao A. Dyspareunia. In: Balon R, Segraves RT eds. *Handbook of Sexual Dysfunction*. New York: Taylor& Francis; 2005. p.249-72.
- Reissing E, Binik Y, Khalife S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther* 2003;29:47-59.
- Tuğrul C, Kabakçı E. Vajinismus olgularında yordayıcı değişkenler. *T Psikiyatri Derg* 1996;7:56-60.
- Ter Kuile MM, van Lankveld JJ, de Groot E, Meles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behav Res Ther* 2007;45:359-73.
- Oktay M, Tombul K. İkiyüz vajinismus vakası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi. *Yeni Symposium* 2003;41: 115-9.
- van der Velde J, Laan E, Everaerd W. Vaginismus, a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. *Int Urogynecol J* 2001;12:328-31.
- Shafik A, El-Sibai O. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: A concept of pathogenesis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;105:67-70.
- Nunns D. Vulvar pain syndromes. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:1185-93.
- Bornstein PB, Abroviaci H. Intramuscular interferon beta treatment for vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 1993;38: 118-9.
- Wilkinson EJ, Guerrero E, Daniel R, et al. Vulvar vestibulitis is rarely associated with human papillomavirus infection types 6, 11, 16 or 18. *Int J Gynecol Pathol* 1993;12:344-9.
- Mc Kay M. Subsets of vulvodynia. *J Reprod Med* 1988;33: 695-8.
- Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sexual Med* 2004;1-1:24-34.
- Friedrich EG Jr. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987;32:110-5.

27. Masheb RM, Lozano C, Richman S, Minkin MJ, Kerns RD. On the reliability and validity of physician ratings for vulvodynia and the discriminant validity of its subtypes. *Pain Med* 2004;5:349-58.
28. Binik Y, Bergeron S, Khalife S. Dyspareunia. In: Leibum SR, Rosen RC eds. *Principles and Practice of Sex Therapy*. Third Edition. New York: The Guilford Press; 2000. p.154-80.
29. Pyka RE, Wilkinson EJ, Friedrich EG, Croker BP. The histopathology of vulvar vestibulitis syndrome. *Int J Gynecol Pathol* 1988;7:249-57.
30. Sungur M. Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Editörler: Güleç C, Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. s.617-39.
31. Kaya B, Unal S, Ozenli Y, Gursoy N, Tekiner S, Kafkaslı A. Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sex Rel Ther* 2006;21-2:188-96.
32. de Kruiff ME, ter Kuile MM, Weijnenborg PT, van Lankveld JJ. Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation ? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21:149-55.
33. van Lankveld JJ, Brewaeys AM, ter Kuile MM, Weijnenborg PT. Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:201-9.
34. Yetkin N. Vaginismus. *Cinsel İşlev Bozuklukları monograf serisi* 1999;3:26-9.
35. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003;24:221-30.
36. Şahin D, Kayır A. Vaginismus olguları ile bir grup psikoterapi süreci. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1998;35:55-60.
37. Kaplan HS. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel; 1974. p.187-221.
38. Glazer HI, Jantos M, Hartmann EH. Dysthetic vulvodynia: Long term follow-up after treatment with surface electromyography-assisted pelvic floor muscle rehabilitation. *J Reprod Med* 2000;45:798-802.
39. Haefner HK. Critique of new gynecologic surgical procedures: Surgery for vulvar vestibulitis. *Clin Obstet Gynecol* 2000;45:689-700.
40. Ghazizadeh S, Nikzad M. Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus. *Obstet Gynecol* 2004;104:922-5.