

## VAJİNİSMUS

Okan Er\* Kadir Özdel\*\*Ayşe Gül Yılmaz Özpolat\*\*\*

**ÖZET:**Vajinismus cinsel ilişkinin zorlu ya da imkansız olmasına neden olan vajinal kaslarda istemsiz kasılmaların olduğu durumdur. Yaygın olarak görülen kadın psikoseksüel sorunlarından biridir. Bu yazıda vajinismusun sınıflandırılması, tanısı, etyolojisi ve tedavisi ile ilgili son yıllarda elde edilen klinik bulgular gözden geçirilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Vajinismus, dispareni, cinsel işlev bozukluğu

**SUMMARY:**Vaginismus is an involuntary contraction of the vaginal muscles which makes sexual intercourse difficult or impossible. It is one of the most common female psychosexual problems. Latest clinical findings on the classification, diagnosis, etiology and treatment of vaginismus will be reviewed in this paper.

**Keywords:** Vaginismus, dyspareunia, sexual function disorder

### GİRİŞ:

Cinsel ağrı bozuklukları içinde sınıflandırılan ve ülkemizde cinsel işlev bozuk-

luğu hastaları arasında tedavi başvurularının büyük çoğunluğunun sebebi olan vajinismus klinik olarak önem arz etmekte olup bu yazıda vajinismusun tanımı, sınıflandırılmasına, etyolojide yer alan faktörlere ve tedavisi ele alınacaktır.

### TANIM VE TARİHÇE

Vajinismus, vagina: (kılıf) ve ismus: (eylem) kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşmuş ağrı ve/veya korkuyla birlikte cinsel birleşmenin mümkün olmadığı ya da oldukça ağrılı olduğu bir bozukluğu tanımlar. Ancak sadece penis değil çoğu zaman parmak, tampon veya jinekolojik muayene sırasında kullanılan spekulum için de benzer engel söz konusudur. Bunun yanı sıra vajinismus, bir objenin ya da penisin vajinaya girişinin hayal edilmesi (imajinasyon) sırasında da ortaya çıkabilmektedir. Cinsel etkinlikle ilişkili ağrı ve korkunun sonucunda koşullu bir yanıt olarak da ifade edilebilir. Bu durumdan sıkıntı yaşayan kadınlar için, cinsel birleşme denemesi sırasında ortaya çıkan ileri derecedeki fiziksel acının yanı sıra şiddetli ruhsal acıya neden olan ciddi bir sorundur. Vajinismus, vajinaya girilmesiyle ilgili fobi düzeyinde bir korku ve buna eşlik eden vajinanın alt 1/3'lük kısmındaki pubo-koksigeal ve yakınındaki kasların (sfinkter vajina ve levator ani) istemsiz kasılmasından oluşur. Çoğunlukla bu belirtilere kaçınma eşlik eder (Butcher 1999). Spazm,

\* Araş. Görevlisi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

\*\* Dr., Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

\*\*\*Doç.Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

fobi ve kaçınma birbirini besleyen bir kısır döngüye yol açar.

Salerno Trotula 1547'deki "Kadın Hastalıkları" tezinde şu an vajinismus adını verdiğimiz durumu "bir kadının uyarılmasına rağmen bakire gibi kalmasına neden olacak şekilde vulvasının daralması" olarak ifade etmiştir (Elke 1999). Daha sonra Amerikalı jinekolog Sims 19.yy da "artan fizyolojik uyarılmayla birlikte vaginal sfinkterin spazmodik kasılması" tanımını kullanmıştır. Sims tarafından ilk kez 1861'de "vaginismus" kavramı tanımlanmıştır. Sims, vajinismus konusunda "araştırmalarıma dayanarak evlilik ilişkisinde her iki eşte de bu kadar büyük bir mutsuzluk yaratan başka bir hastalık bilmiyorum. Ancak bunun kolay ,güvenilir,ve kesin bir şekilde tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu söyleyebilirim" demiştir.

Vajinismusla ilgili ilk yazılarda bu bozukluğun vajinanın boyutundaki bir yetersizlik sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir. Sonraki yıllarda cinsel ilişki sırasında cinsel uyarı ile beraber vajina boyutlarında, boyunda ve genişliğinde büyüme olduğu ve vajinanın esnek yapısı nedeniyle neredeyse her büyüklükteki penisi içine alabileceği gerçeği keşfedilmiştir.

Waltard, Sims'in cinsel organlara has olarak nitelendirdiği aşırı duyarlılık kavramını sorgulayarak vajinal kas spazmının, ağrıya karşı duyulan "fobik bir yanıt" olduğu düşüncesini savunmuştur. Bu nedenle de vajinismus tedavisinde ameliyat ya da genişletme uygulamalarından ziyade, "cinsel eğitim" ve "psikoterapi" yaklaşımlarının önemli olduğunu vurgulamıştır.

### KLİNİK TANI VE SINIFLANDIRMA

DSM-IV-TR'de vajinismus özgül bir kadın cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılmış ve cinsel ağrı bozuklukları alt kategorisine dâhil edilmiştir. Buna göre vajinismus için temel tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA 2000):

A. Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda cinsel birleşmeyi (koitus) engelleyecek

biçimde, yineleyici bir biçimde 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 1 bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (örn. somatizasyon bozukluğu) ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bu tanımlamaya ek olarak DSM-IV-TR'de; tüm birincil cinsel işlev bozukluklarının alt tipleri de belirlenmiştir: Eğer sorun, bireyin ilk cinsel deneyiminden itibaren yaşanıyorsa birincil (yaşam boyu), vajinismustan söz edilir. İkincil (edinsel) vajinismusta bireyin cinsel yaşamında herhangi bir belirtinin bulunmadığı doyurucu bir dönem bulunmaktadır ve sorun daha sonra ortaya çıkmaktadır. Durumsal (kısmi) vajinismusta ise sorun belirli ortamlarda oluşurken, başka ortamlarda yaşanmaz. Eğer cinsel sorun, ortamdan bağımsız olarak ve her türlü cinsel aktivite sırasında ortaya çıkıyorsa yaygın (total) vajinismustan söz edilir.

DSM-IV-TR' deki vajinismus tanı ölçütlerinden B, C ve vajinismusun alt tipleri diğer tüm cinsel işlev bozuklukları için de geçerlidir. Bu açıdan vajinismus için tek ayırıcı tanı, cinsel birleşmeye engel olan vajinal kasılma ölçütüdür (Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) 2000 ).

Cinsel İşlev Bozuklukları Hakkında İkinci Uluslararası Konsültasyon' da (Paris, 2003), cinsel alanda çalışan değişik branş uzmanları tarafından vajinismus için aşağıdaki tanım önerilmiştir.

"Vajinismus; kadının penis ya da herhangi bir cismin, vajinaya girişine izin vermek istediğini ifade etmesine rağmen yaşadığı zorlukların bütünüdür. Penis, parmak ve/veya başka bir objenin vajinaya girişine sürekli veya yineleyici bir biçimde izin vermeme zorluğudur.Genellikle ağrı, fobik kaçınma, pelvik kas kontraksiyonu, ağrı beklentisi ve korkusu vardır. Yapısal ya da fiziksel herhangi bir anomali ya da bozukluk eşlik etmez.

### AYIRICI TANI

Cinsel ağrı bozuklukları ana başlığı altında ele alınan vajinismus ve disparoni arasında temel görüşme teknikleri ve klinik muayene yöntemleri kullanılarak ayırım yapmak zordur. Önde gelen iki sınıflandırma sistemiyle ilgili benzerlik ve farklılıklar değerlendirildiğinde hem DSM hem de ICD tanı sisteminde disparoni tanısı için vajinismus tanısının dışlama koşulu olduğu görülmektedir.

Disparoni: Vajinaya tam giriş veya giriş girişimi ve/veya penisin vajinaya penetrasyonu ile ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli ağrının olmasıdır. Her iki tanı için de yapısal bozukluklar ve diğer fiziksel anormallikler dışlanmalıdır.

Başka bir deyişle cinsel birleşmeyle ilişkili ağrı şikâyeti olan bir kişide vajinismus varsa öncelikli tanı vajinismus olarak kabul edilmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise vajinismuslu hastalarda disparoni sıklığı %47.2 olarak bulunmuştur (Doğan 2008). Başka bir çalışmada da ağrı ve vajinismus arasında güçlü bir ilişki olduğu ve %59 oranında birlikte görüldüğü saptanmıştır (Nobre 2006).

Disparoni ve vajinismus ayırıcı tanısında ancak deneyimli terapistler ortak özellikleri birbirinden ayırt edebilir ve doğru tanı koyabilirler. Bu alanda çalışan uzmanlar, penisin tam olarak vajinaya girmesi durumunda birleşmenin hareketlerini ağrı nedeniyle tolere edemeyen kadına "disparoni" tanısı konulmasını önermektedirler. Disparoni tanısı, kadının ağrı toleransı ve eşinin tereddütlü ya da kararlı olması ile de ilgilidir. Eşin kararlılığı, yani penisin vajina içine tamamen girişi veya hareketinden vazgeçme kararı tanı konulurken önemlidir (Özdel 2009).

### YAYGINLIK VE SIKLIK

Vajinismus için prevelans oranları, bu konudaki çalışmaların değişik kültürel yapıdaki toplumlarda yapılması nedeni ile birbirinden çok büyük farklılıklar gösterebilmektedir. İyi bir şekilde yapılandırılmamış kimi çalışma verileri,

kadınlarda kliniğe en sık başvuru nedeninin vajinismus olduğu göstermesine rağmen gerçekte ise vajinismus, batılı toplumlarda olduğu gibi ülkemizde de nadiren görülmektedir. Evliliğin cinsel birleşme ile tamamlanması gerçeği vajinismus için çözümü zorunlu kılmaktadır (Kısa 2010)

Kadın cinsel işlev bozukluklarından en fazla görüleni primer vajinismustur (Crowley 2006) ancak genel toplumdaki yaygınlığı bilinmemektedir (Spector 1990). Cinsel işlev bozukluğu kliniklerindeki yaygınlığı ise %5-17 arasında değişmektedir (Bancroft 1976, Renshaw 1988, Catalan 1990, Hirst 1996). Bunların yanı sıra bu tür yakınması olan kadınların tedaviye başvurmadan çekindikleri, bu kişilere eksik tanı konulduğu veya gözden kaçırıldığı düşünülmektedir (Koehler 2002, Ter Kuilea 2007).

Vajinismusun, genel popülasyon içindeki oranının %3-13 arasında; kliniğe başvuran cinsel işlev bozuklukları arasında ise %21-48 arasında olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Ohl 2007).

Vajinismus, evlilik yaşamı içinde cinsel birleşmenin gerçekleşmesine engel olan durumlar içinde sık görülen nedenlerden biridir (Sungur 2000).

Tahran'da bir aile planlama kliniğine başvuran ve yaşları 16-53 arasında değişen 300 evli kadından %8'inin vajinismus tanısı aldığı bildirilmiştir (Shokrollahi 1999).

Batıda yapılan çalışmalarda tüm kadın cinsel işlev bozuklukları içinde en sık rastlanana azalmış cinsel istek olarak ortaya çıkmasına karşın (Bachmann 2006, Bodenmann ve Ledermann 2006) Doğu ülkelerinde vajinismus ilk sıralarda yer almaktadır. Ülkemizde görülen tüm cinsel işlev bozuklukları arasında vajinismusun % 43-73 arasında değişen oranlarda ve ilk sırada yer aldığı görülmektedir (Sungur 1994, Tuğrul ve Kabakçı 1997).

## ETİYOLOJİ

Kanıtlanmış tek bir etiyolojik etmen bulunmamakla beraber çeşitli nedenler araştırılmıştır. Bu nedenler fiziksel ya da psikolojik nedenler olarak sınıflandırılabilir.

## FİZİKSEL/ORGANİK NEDENLER

Vajinismusun olası organik nedenleri ile ilgili olarak; vajinal atrofi ve atrofiye bağlı adezyonlar, vajinal operasyon veya intra-vajinal radyasyon, uterus prolapsusu, vulvar vestibülit sendromu (VVS), endometriyozis, enfeksiyonlar, vajinal lezyon ve tümörler, cinsel yoldan bulaşan hastalıklar ve pelvis kan basıncı anormallikleri sayılmaktadır (Reissing ve Khalifé 1999). Ancak bu sayılan nedenlerin klinikte görülen olgular göz önüne alındığında etiyolojiye olan katkıları sınırlı gözükmektedir.

## PSİKOLOJİK NEDENLER

Psikanalitik yaklaşım etyolojiyi açıklamaya yönelik diğer hipotezlerden farklı olarak, vajinismus için vajinaya girişim ile ortaya çıkan kasılma yanıtının neden geliştiğinin cevabını değil, beden bu şekilde cevap vermesine neden olan ruhsal yapının bilinçdışı sürecini anlamaya çalışır. Bu yaklaşıma göre bilinçdışı çatışmaların merkezinde çoğu kez, cinsel tutumdan zarar görmeye ilişkin korku ile karşı cinse , yani erkeğe karşı beslenen kıskançlık ve düşmanlık düşünceleri vardır (Kısa 2010).

Bilişsel yaklaşıma göre, vajinismusta vajinismik yanıt gelişmesinde bilişsel süreçlerden, anlamlandırma, yorumlama ve algılama bozukluklarının etken olduğu kabul edilir. Kişide yanlış yorumlamalar ve otomatik düşünceler mevcuttur (cinsellikle ilgili bilgi eksikliği, cinsel yanlış ve abartılı inançlar, cinsellikle ilgili gerçekçi olmayan beklentiler gibi).

Davranışsal yaklaşıma göre doğal cinsel refleksin olumsuz bir iç veya dış uyararla şartlanması cinsel davranıştaki doğal oluşumun akışını bozar. Cinsel uyarıya çeşitli iç ve dış nedenlerden dolayı beklenilenden farklı ve olumsuz bir tepki geliştirilmesidir. Kişide normalin üzerinde bir anksiyete ortaya

çıkarak. Bu da kısır bir döngü yaratarak cinsel yanıtın olumsuz bir biçimde oluşmasına neden olur. Klinik uygulamada bir bütünün yarısı olarak ele alınan bilişsel ve davranışsal yaklaşıma göre yanlış cinsel bilgiler, öyküler ve inançlar ilk cinsel birleşme denemesinin ağırlı olmasına neden olur. Bu da koşullu olarak gelişen vajinismik yanıt olarak adlandırılan perivajinal kas spazmlarına neden olur (Kısa 2010).

Psikodinamik yaklaşıma göre: Vajinismik yanıt geliştiren kadınların büyük bir kısmı bilinçte ya da bilinç öncesinde kocalarına karşı kızgınlık ve onlar hakkında ambivalan duygulara sahiptir. Bu duygulara sahip kadınların çok da farkında olmadan eşlerini cinsel olarak mutsuz etmek, cinsel birleşmeye izin vermemek gibi bir tatmin mekanizması geliştirebilecekleri psikodinamik yaklaşımın temel nüvesidir.

DSM-IV-TR' de cinsel ağrı bozuklukları alt başlığı altında sınıflandırılan vajinismus için öne sürülen ve büyük olasılıkla kabul gören yaklaşım bu durumun heterojen, multisistemik ve multifaktöryel bir hastalık olarak kabul edilmesi gerektiğini iddia eden çok boyutlu görüştür.

## Fobik Tepkiler

Vajinismus tanısı alan kişilerde fobik tepkiler/korku önemli yer tutmaktadır. Vajinismus tanısı konan kadınlar; korkulan uyararla karşılaşan fobik bireylerden pek de farklı değildir. Eğer bu doğru ise vajinismusun özgül bir fobi olabileceği akla gelmektedir. Klinik olarak, korkulan uyarana maruz kalınlığında (örn.muayene sırasında) yaşanan anksiyete, bazı vakalarda panik ve ardından gelen kaçınma davranışı bu görüşü güçlendirmektedir (Reissing 2004). Vajinismusta, korkulan uyarana gerçek ya da beklenen ağrı yaşantısı olabileceği gibi şu an bilinmeyen bir kaynak da olabilir. Vajinismusun davranışsal modelinde de; vajinal tepki, belirli (cinsel) bir uyarana koşullanmış korku tepkisini temsil eder. Korku ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik aşamalı maruz bırakma, gevşeme egzersizi gibi uygulamalardan sonra bu

kadınların pek çoğunun cinsel ilişkiye girebilmesi, vajinismusun etiolojisinde korku ve anksiyetenin önemli bir rolü olduğunun kanıtı niteliğindedir (Ter Kuilea 2007).

Vajinismus tanısı konmuş 77 kadınla yapılan bir çalışmada bu kadınlardan vajinal penetrasyona karşı %47'sinin korku, %10'unun iğrenme ve %13'ünün hem korku hem iğrenme yaşadığı saptanmıştır (Kaneko 2001).

Vajinismusun altında yatan en önemli nedenin ağrı korkusu olduğuna dair pek çok araştırma bulgusu vardır (Bayrak 2006, Hawton ve Catalan 1990, Oktay ve Tombul 2003, Ward ve Ogden 1994).

Oktay ve Tombul'un (2003) 200 vajinismus tanısı almış kadınla yaptıkları çalışmada, bu kadınların korkularının sırasıyla ağrı ve aşırı acı duyma korkusu (%57), aşırı kanama korkusu (%31), yırtılma/parçalanma korkusu (%18), penisin içerde kalması/kilitlenme korkusu (%17), bayılma/ölme korkusu (%11) ve pislik/iğrenme duygusu (%9) olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmadan elde edilen ilginç bir bulgu, hastaların sadece %18'inin ilk ilişkide aşırı acı hissi bildirmesine rağmen, %57'sinin ağrı ve acı duyma korkusu yaşadıklarını bildirmeleri olmuştur.

### **Sosyokültürel Etkenler**

Cinsel davranış ve inançlar da kültürel ve sosyal etkilere çok açık olduğundan cinsel işlev bozukluklarının yapısında da kültürün etkileri açık bir şekilde görülebilir (Ahmed ve Bhugra 2007).

Hem batı hem doğu kültürlerinde; kadın cinselliğinin bastırılması, penis ya da yabancı bir cismin girişine karşı vajinanın kapalı tutulması anlamına gelen bekârete uzun yıllar boyunca büyük önem verilmiştir.

Batıda evlilik öncesi bekârete verilen önemin azalması, çocuk yetiştirmede "aşırı müdahaleci ve bağımlı anne" modelinden giderek uzaklaşılması; vajinismusun doğu kültürlerine oranla daha az görülmesinin birer nedeni olarak görülmektedir (Hiller 2000).

Özellikle erkek-merkezli doğu kültürleri genç kızlara cinselliği, sadece üreme için gerçekleştirilen, eşin memnuniyeti ve tatmini için çok önemli bir olgu olarak sunar ve cinselliğin zevk veren bir aktivite olmadığını öğretirler (Ohl 2007). Cinsel eğitimsizlik, kadınların kendi cinsel organlarını tanımamaları, bekâret kavramına verilen abartılı önem, cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlaması ve genel cinsellik anlayışındaki tabular, vajinismusu doğu kültürlerinde daha sık rastlanılmasının nedenleri olarak görülmektedir (Yetkin 1999).

Bilindiği gibi geleneksel Türk ailelerinde, gelinin bakire olmasının ayrı bir önemi vardır; gelin bakireliğini kocasına ve onun ailesine ilk gece kanıtlamak zorundadır. Böyle bir gelenek, özellikle cinsellikle ilgili yeterli bilgi ve deneyimi olmayan çiftler için ilk cinsel ilişkide kaygıyı arttıran bir niteliğe sahiptir. Yine yaygın bir gelenek olarak, ilk geceden önce ailenin daha büyük bir kadın üyesi kendi ilk gece deneyimini geline anlatır (Kocagöz 2008, Mutlu 2009). Klinik gözlemler paylaşılan bu bilginin genellikle cinsel birleşmenin kadında dayanılmaz bir acıya ve birkaç gün süren rahatsızlıklara yol açtığı gibi gerçekçi olmayan ve katastrofik bilgiler olduğu yönündedir. Bu tip bilgilerin cinsel işlev bozukluklarına yol açabileceği ya da cinsel problemleri daha da zorlaştırabileceği düşünülmektedir (Kabakçı ve Batur 2003).

### **Eğitim Eksikliği ve Cinsellikle İlgili Tutumlar**

Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilendirme sonucu oluşan önyargıların; cinselliğe ilişkin aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusuna ve dolayısıyla cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (Özmen, 1999). Paralel olarak, cinselliğe karşı olumsuz tutumların ve cinsel bilgisizliğin vajinismusu da yol açtığı düşünülmektedir (Morris ve Mukhopadhyay 2006).

Vajinismus tanısı konan kadınların kendi durumlarının neden ve etkilerine dair kişisel

açıklamaları, Ward ve Ogden (1994) tarafından değerlendirilmiş, vajinismus şikayeti olan 67 kişi ile önceden bu şikayeti olmuş 22 kişi, vajinismus nedenlerini değerlendirirken "cinselliğin yanlış olduğuna inandırılarak yetiştirilme" boyutunu ikinci sıraya koymuşlardır. Benzer şekilde Tahran'da vajinismus tanısının en çok cinsellik ile ilgili bilgi eksikliği/yanlış bilgilendirme ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (Shokrollahi ve Babaei 1999).

Bu şekilde cinsellikle ilgili bir dizi mit vajinismusun ortaya çıkışına ve sürmesine katkıda bulunuyor olabilir (Kocagöz 2008, Mutlu 2009).

### TEDAVİ

Vajinismusta hangi tedavi yönteminin yararlı olduğuna dair yapılan kontrollü araştırmaların sayısı azdır. Tedavi sonuçlarına ilişkin çalışmaların çoğunda; örneklem sayısının bilinmemesi, değerlendirme ve tedavi sonuç ölçümlerinin yetersiz olması, izleme çalışmalarının hiç yapılmaması ya da yetersiz olması, sonuçların istatistiksel değerlendirme/analizlerinin ya hiç yapılmaması ya da sınırlı olması ve karşılaştırma gruplarının kullanılmaması dikkati çekmektedir (Reissing ve Binik 1999).

Bu çalışmaların en önemli sorunlarından birisi, başarılı vajinismus tedavisinin ölçütünün penisin vajinaya girmesi olarak görülmesidir (Crowley ve Richardson 2006). Ancak, yayınlarda, 24 vajinismus hastasının duyarsızlaştırma teknikleri ile %97 oranında cinsel birleşme gerçekleştirebildiklerini; ancak bu kadınlardan sadece %50'sinin cinsel birleşmeden doyum aldığını gösteren bulgular mevcuttur (Seo 2005). Ayrıca vajinismus tedavisinde çok önemli olmasına rağmen tedaviyi bırakma oranları araştırmacılar tarafından nadiren belirtilmiştir (Crowley ve Richardson 2006).

Temel vajinismus tedavi stratejisi Kaplan (1974) tarafından "inanılmayacak kadar basit" olarak nitelendirilerek şöyle özetlenmiştir: a) vajinal genişletme ve/veya vajinal egzersizler

yoluyla kadını vajinal penetrasyona karşı duyarsızlaştırmak, vajinal kaslarda istemli kontrol geliştirmek ve böylelikle spazmı önlemek; b) cinselliğin doğal, normal bir aktivite olduğuna yönelik bilgi ve inanışları arttırmak amacıyla kadını eğitmek; c) fobik unsurlar, olumsuz koşullar, suçluluk duygusu, ağrı korkusu gibi bağlantılı psikolojik sorunları psiko-terapötik ya da cinsel terapi müdahaleleri yoluyla gidermek (Kaplan 1974).

Daha öncede söylendiği gibi vajinismusun nedenleri çok açık değildir. Vajinismus, penetrasyona karşı psikosomatik bir korku, içsel çatışmaların bir sembolü, diğer ağrı bozukluklarının bir belirtisi ya da tüm bunların bir kombinasyonu olabilir. Bu yüzden tedavi yöntemleri psikanalizden cerrahi operasyonlara kadar çok geniş bir alana yayılmıştır (Koehler 2002). Ancak şu an için en çok kullanılan tedaviler; Kaplan'ın önerdiği sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme ve genişletici kullanarak kas egzersizleri yapma tekniklerinden oluşan geleneksel, semptom-odaklı ve kısa süreli tedavilerdir (Crowley ve Richardson 2006).

Araştırma istatistiklerine geriye doğru bakıldığında ilk etkili modeller Masters ve Johnson'dan gelmiştir (1970). Bu araştırma ekibi, çiftler için günlük psikolojik-eğitim tedavisiyle birlikte, eğitici pelvis incelemesi, çiftin yatak odasında 2 haftalık bir dönem boyunca giderek artan boyuttaki genişleticilerin günlük olarak kullanılması ödevlerini uyguladıkları bir tedavi modeli oluşturdular. Bu yöntemle %100'lük başarı bildirdiler.

Vajinismusun davranışçı tedavisinde çeşitli büyüklükteki plastik, cam ya da metal çubukların (dilatör), eşin ya da kadının parmağının vajinaya yerleştirilerek, hem penetrasyon korkusunun hem de vajinal spazmın azaltılması amaçlanan tedavi tekniğinin, kegel egzersizi, sistematik duyarsızlaştırma, aşamalı kas gevşetme ya da biofeedback yöntemleri ile birlikte kullanıldığında başarı oranı %90 olarak bildirilmiştir (Morris ve Mukhopadhyay 2006, Nancy ve Phillips 2000, Ramage 2003, Seo

2005, Shafik ve El-Sibai 2000, Smith ve Gillmer 1998). Yayınlarda bu plastik çubuklar yerine, vajinal genişletici olarak çeşitli büyüklükteki sebzelerin kullanıldığı bir vaka örneği de bulunmaktadır (Weiss 2001).

Vajinismusun bilişsel terapisi; bilişsel yeniden yapılandırma, eğitim, cinsel terapi ve ev ödevlerinden oluşur (Ter Kuilea 2007).

Tulla ve arkadaşları (2006) kliniklerinde bilişsel – davranışçı cinsel terapi ile tedavi edilen 200'ün üzerinde vajinismus vakası olduğunu bildirmiştir.

Hawton ve Catalan (1990) ise 30 vajinismus tanısı almış kadın ve eşine aşamalı maruz bırakma tekniği içeren cinsel terapi uygulamış, 24 çift 3 ayın sonunda cinsel ilişkiye girebilmiştir.

Kabakçı ve Batur (2003) Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri kliniğine başvuran 28 vajinismus tanısı almış kadın ve eşine 6 ay süreyle bilişsel – davranışçı terapi uygulamıştır. Çiftlerden 14'ü ilk seanslarda terapiyi bırakmış, geri kalan 14 çift tedaviyi başarıyla sonuçlandırmıştır.

### **VAJİNİSMUS TEDAVİ SÜRECİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Çiftler tarafından vajinismusun ruhsal nedenlerle ortaya çıktığının açıklanması, vajinistik yanıt geliştiren kadının genital yapıları hakkında olumlu düşüncelere sahip olması, güçlü gebe kalma arzusu, daha sağlam cinsel bilgilere sahip olma, en az üçüncü cinsel tedavi seansına kadar psikiyatrik görüşmelere ve verilen ev ödevlerine iyi bir uyumun olması, tedavi öncesi evlilik ilişkilerinin iyi ve evlilik stres skorlarının düşük olması **prognozu olumlu etkiler**. Tedavi öncesi cinsel uyarılma ve ve istek sorunları olması, evlilik ilişkilerinde sorunlar, histrionik ya da narsistik kişilik özelliklerinin olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma korkusu, vajinismus tedavisi için önceden ameliyat geçirme, Organik bozuklukların ve anne babalarının cinselliğe karşı olumsuz tutumları **prognozu kötü etkiler**. (Kısa 2010).

Çalışmalarda öyküde cinsel tacizin olması ve bir partnerde ek cinsel işlev bozukluklarının varlığının cinsel terapi prognozunu olumlu ya da olumsuz etkilediği konusunda net herhangi bir veri olmadığı bildirilmesine rağmen, her iki durumun da tedavi sürecini zorlaştırabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir.

Sonuç olarak vajinismus yalnızca cinsel işlev bozukluğu olmasının ötesinde ruh sağlığının birçok bileşeniyle ilişkilidir. Tanıdaki güçlüklerin göz önünde bulundurularak hastanın değerlendirilmesi ve etiyolojik farklı etmenlerin bulunabileceği akılda bulundurulmalıdır. Tedaviye uyumu olan hastalarda çok yüksek başarı oranları nedeniyle bu sorunun tanınması ve bu konuda eğitim almış uzmanlara yönlendirilmesi önem arz etmektedir.

**Kaynaklar**

- Ahmed K, Bhugra D (2007) The role of culture in sexual dysfunction. *Psychiatry*, 3(2), 23-25.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2000) Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı (DSM-IV-TR) (2005) E. Korođlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bachmann G. (2006) Female sexuality and sexual dysfunction: Are we stuck on the learning curve. *The Journal of Sexual Medicine*, 3, 639-645.
- Crowley T, Richardson D, Goldmeier D. (2006) Recommendations for the management of vaginismus: BASHH special interest group for sexual dysfunction. *International Journal of STD & AIDS*, 17, 14-18.
- Doğan S, Özkorumak E. (2008) "Ağrılı genital cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler", *Klinik Psikiyatri*, 11:135-142.
- Hawton K, Catalan J, "Prognostic factors in sex therapy", *Behav Res Ther*,24:377-85, 1986
- Hawton K, Catalan J. (1990) Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sexual and Marital Therapy*, 5, 39-48.
- Hiller J. (2000) Defining vaginismus. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(1), 87-90.
- Kabakçı E, Batur B. (2003) Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 277-288.
- Kaneko K. (2001) Penetration disorder: Dyspareunia exists on the extension of vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 153-155.
- Kaplan H. S. (1974) *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner & Mazel Publication.
- Kısa C. (2010) "Kadın Bedeninin Cinselliği Reddediři: VAJİNİSMUS" cinsel terapi uygulama elkitabı. CK Yayınevi, Ankara, ISBN 978-605-4379-01-9
- Kocagöz Sevilay Zorlu (2008) "Cinsel işlev bozukluğu tipleri ve cinsel mitler arasındaki ilişki" uzmanlık tezi.
- Mutlu Elif Aktan (2009) "Vajinismus tanısı alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin cinsel mit inançları, cinsel öyküleri, cinsel doyum düzeyleri ve eř değerlendirme biçimleriyle karşılaştırılması" uzmanlık tezi.
- Nobre P. J., Pinto-Gouveia J. E. ve Gomes F. A. (2006) Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 173-182.
- Ohl L. E. (2007) Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing*, 27(1), 57-63.
- Oktay M, Tombul K. (2003) 200 Vajinismus vak'ası ve eřlerinin psikolojik yönden incelenmesi. *Yeni Symposium*, 41(3), 115-119.
- Özdel Kadir (2009) Bilişsel Davranışçı Terapi İle Tedavi Edilen Vajinismus Olgularında Tedavi Öncesi ve Sonrası Depresyon, Anksiyete ve Mükemmelliyetçilik Düzeyleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Asistanlık Tezi. Tez No:260359
- Özdel K, Yılmaz A, Çeri Ö, Kumbasar H (2012) Vajinismus Tedavisinde Tedavinin Tamamlanmasını Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4):248-254
- Özmen E. (1999) Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 2, 49-53.
- Reissing E. D. (2002) Re-evaluating vaginismus: An empirical investigation of diagnostic reliability, vaginal spasm, pain and associated etiological correlates. A Thesis of the Degree of Doctor of Philosophy. Montreal: McGill University, Department of Psychology.
- Reissing E. D, Binik Y. M, Khalifé S. (1999) Does vaginismus exist: A critical review of the literature. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 261-274.
- Reissing E. D, Binik Y. M, Khalifé S (2003) Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 47-59.
- Reissing E. D, Binik Y. M, Khalifé S (2004) Vaginal spasm, pain and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 33(1), 5-17.



- Seo J. T, Choe J. H, Lee W. S, Kim K. H (2005) Efficacy of functional electrical stimulationbiofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *The Journal of Urology*, 66, 77-81.
- Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. (1999). Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 211-215.
- Sungur M (1994) Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and Marital Therapy*, 9(3), 251-265.
- Sungur M. Z (2000) Cinsel işlev bozuklukları. I, Sayıl (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. (2. baskı). Ankara: ANTIP Yayınları.
- Ter Kuilea M. M, Van Lankveldb J. J. D. M, De Groota E (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 359-373.
- Ward E, Ogden E (1994) Experiencing vaginismus-sufferers' beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy*, 9, 33-45.
- World Association for Sexual Health (2005) Working definitions after WHO technical consultation on sexualhealth.[http://www.worldsexualhealth.org/who\\_def.asp](http://www.worldsexualhealth.org/who_def.asp) Yetkin N. (1999). Vajinismus. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, 3, 26-29.

