

JİNEKOLOJİK KOZMETOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKSİYON DERGİSİ

ISSN : 3023-4387

Tarih : 26 Haziran 2024

Sayı : V



KÜNYE

**JİNKÖZ, JİNEKOLOJİK KOZMETOLOJİ VE
PELVİK REKONSTRÜKSİYON DERNEĞİ**

Dernek Kütük No: 34-279-190

Vergi Dairesi No: 4842185259

**Dernek Başkanı
Prof. Dr. Nida Bayık**

**Editör-Yazı İşleri
Op. Dr. Didem Kurban**

**Yayın Türü
2 Ayda 1 Yayınlanır.**

**Yayın Yeri
Online-PDF**

**Yazarlar (Yazı Sıralamasına Göre)
Op. Dr. Didem KURBAN
Dr. Öğretim Üyesi Özgül ÖZGAN ÇELİKEL
Prof. Dr. Cebrail KISA
Uzm. Fzt. Burçin ÖZYÜREK**

**Adres:
Cumhuriyet MH. Pelin Sk. 14/B Şirin Apt.
Kartal / İSTANBUL**

İÇİNDEKİLER

1. İçindekiler

s.1.

2. Başkanın Mesajı

Prof. Dr. Nida BAYIK

s.2.

3. Editörün Mesajı

Op. Dr. Didem KURBAN

s.3. - s.4.

4. Vajinismusa Jinekolojik Yaklaşım ve Vajinismus Tedavisi

Op. Dr. Didem KURBAN

s.5. - s.16.

5- Vajinismusta Erkek Faktörü

Dr. Öğretim Üyesi Özgül ÖZGAN ÇELİKEL

s.17- s.26.

6. Genital-Pelvik Ağrı / İçe Girme Sorunu: Vajinismus ve Tedavisi

Prof. Dr. Cebail KISA

s.27. - s.45.

7. Vajinismus Pelvik Taban

Uzm. Fzt. Burçin ÖZYÜREK

s.46. - s.52.



BAŞKANIMIZDAN

**Sevgili Meslektaşlarım,
Jinkoz Derneği'nin resmi yayın organı olan dergimizin
beşinci sayısında sizler için konu olarak;
Vajinismus ve tedavisindeki multidisipliner
yaklaşımlara değindik.**

**Bu sayımızda emeği geçen tüm meslektaşlarıma
teşekkür ederim.**

PROF. DR. NİDA BAYIK



EDİTÖRDEN

Ülkemizde sosyal-kültürel nedenlerden dolayı vajinismus sorunu ile oldukça sık karşılaşmaktayız. Ortalama %5-17 oranında görülen vajinismus, dispareni vakaları da eklendiğinde % 25'lere çıkmaktadır.

Vajinismusun en sık nedeni ilk gece korkuları, kızlık zarı ile ilgili acı ve kanama duyma kaygısıdır. Bu durumun altında yatan nedense, ülkemizde cinsel eğitimin olmaması ve yanlış cinsel mitlerin kulaktan kulağa anlatılmasıdır. Hymene verilen aşırı önem ve hymeni koruma kaygısı çocukluktan itibaren bilinçaltına yerleşmektedir. Bu nedenle ilk ilişkide 'kızlık zarını acılı bir şekilde kaybedecek olmak' olgusu kadın için bir sorun haline dönüşmektedir.

Bu durum genellikle yetiştirme tarzına bağlı olmasına rağmen %15-20 hastada eşlik eden anatomik ve fiziksel nedenleri atlamamak gerekir. Bu nedenle hymen muayenesinin hymenin tüm iç sınırları net bir şekilde yapılması şarttır. Bir diğer dikkat edilmesi gereken önemli konu da; diğer dispareni ve vulvodini yapan nedenlerin vajinismus ile karışabilmesidir.

Dispareni ve Vajinismus; tüm dünyada cinsel terapi eğitimi almış kadın doğum uzmanlarınca tedavi edilirken, ülkemizde bu hasta gruplarına yaklaşım yetersiz kalmaktadır. Vajinismus hastası kadın doğum uzmanına başvurduğunda hymen ve vestibulum muayenesi eksiksiz yapılmalı, gereksiz hymenektomi yapılmamalı ve tüm hastalar psikoloğa yönlendirilmeden önce uygun vakalar kadın doğum uzmanınca ele alınıp tedavi edilmelidir.

Çünkü anatomi-fizyoloji bilgisi ve yetkinliği olmayan tıp dışı danışmanlıklarda hastalara evde verilen egzersizler yetersiz kalabilmektedir. Bu durum da hastalığın yıllarca sürmesine ve hastanın tedaviye gelmeyi ertelemesine yol açmaktadır. Öte yandan kadın sünneti çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çünkü bazı ülkelerde (Özellikle Mısır, Sudan gibi Afrika ülkelerinde...) vajinismusun nedenlerinden biridir.

Cinsel terapilerle ilgilenen psikiatristler için yazılmış olan “Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals” da kendileri de psikoloji profesörleri olan ve cinsel ağrı bozuklukları konusunda DSM-V’i şekillendiren Sophie Bergeron ve Yitzhak Binik’in cümleleri netleştirecek olursak; "50 yıl önce ağırlı cinsel ilişki şikayeti ile bize başvuran bir kadını, psikoseksüel davranış modeli ve ilişkilerine odaklanarak “sex terapisi” ile tedavi ederdik.

Ama bugün geldiğimiz noktada birikimlerimiz doğrultusunda bu yaklaşımın sınırlarını keşfettik.

Çıktığımız yolculuk bizi “Cinselliği” sorgulamaktan “Ağrı”yı sorgulama noktasına getirdi.

Artık cinsel ağrı bozuklukları tedavisi; “sex terapisi” kavramından “ağrı yönetimi” kavramına doğru değişmiş, fizik tedavinin, jinekolojik cerrahinin uygulandığı tek boyutlu klinik uygulamalardan, tedavinin kişiselleştirildiği multidisipliner yaklaşımın ön plana çıktığı bir noktaya gelmiştir.”

TJOD desteği ile kurulmuş olan JİNKÖZ derneğimizin ana amaçlarından biri de kadın sağlığı,kadın sorunları ve kadın anatomisine en fazla hakim olan branşımızın hak ettiği şekilde yerini korumasıdır.

Bu konuda TJOD ve JİNKÖZ un uluslararası MEJSM (Multidisciplinary Committee of Sexual Medicine) ve ESSM (European Society of Sexual Medicine) dernek guideline’larında tüm Jinekoloji textbooklarımızda yer alan kadın cinsel disfonksiyonlarının tedavisi konularının eğitim müfredatında yer almasını sağlayarak bu konuyla ilgilenen tüm meslektaşlarımızın tanı ve tedavide aktif olarak yer almasını sağlamaktır.

Yine derneğimiz amaçlarından biri de kadınların cinsellik ve cinsel eğitim konuzunda farkındalıklarını arttırarak tüm dünyada en fazla bizim ülkemizde görülen cinsel sorunların önüne geçebilmektir.

Op. Dr. Didem Kurban

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Cinsel Terapist, FECSM

Vajinismusa Jinekolojik Yaklaşım ve Vajinismus Tedavisi
Op. Dr. Didem KURBAN
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Cinsel Terapist, FESSM

Giriş

Vajinismus; kadının cinsel ilişkide veya jinekolojik muayene esnasında acı veya ağrı duyacağı kaygısı nedeniyle kendini kasmaı ayrıca cinsel ilişkiye girememesi veya ağrılı cinsel ilişkiyle kendini gösteren bir hastalıktır. (1, 2)

Vajinismusu belirleyen bir diğerk faktör de, penis parmak,tampon yada spekulumla vajinaya penetrasyon sırasında vajinanın alt 1/3'ündeki perineal ve vajinal kasların tekrarlayıcı ve istemsiz kontraksiyonudur. (1, 2, 3)

Vajinismusta ayrıca hastalığın derecesine göre bacak kapatma,kendini geri çekme, elle eşini itme ve ağlama gibi tepkiler de olmaktadır. Vajinismus hastalığı tedavi edilmezse yıllarca sürebilir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013 yılında yaptığı DSM 5 sınıflandırmasında vajinismus disparoni ile birlikte 'genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozuklukları' kategorisine dahil edilmiştir. (1, 2, 3, 4)

Bu durumda Disparoni, Vajinismus, Vulvodini, Vulvar Vestibülit Sendromu, Vulvitler vs.. yani cinsel ilişkide ağrı yaratan tüm patolojiler, tek bir hastalık çatısı altında, **GENİTOPELVİK AĞRI VE PENETRASYON BOZUKLUKLARI** olarak birleştirilmiştir. Bu nedenle kadındaki cinsel ağrı bozuklukları multidisipliner de olsa; cinsel ilişkide acı/ağrı yaşayan veya ilişkiye girmekte zorlanan kadın hastanın muayenede ayırıcı tanısını yapmak ve tedavi etme kısmında ilk ve öncelikli basamak cinsel disfonksiyon konusunda deneyimli jinekologlardır. (5, 6, 7)

Genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu ülkemizde dünya ülkelerine kıyasla en fazla görülen ülkelerden biridir. Yaygınlık oranı %5 ila 17 arasındadır.

Vajinismus sıklıkla evlilik sorunlarına, depresyona yol açar, Tamamlanmayan yani cinsel ilişki yaşayamayan çiftlerde boşanmalar sıkça görülmektedir. (3) Kaplan; vajinismuslu kadınların partnerlerinde sıklıkla bu duruma ikincil olarak iktidarsızlık geliştiğini de bildirmiştir. (4)

Vajinismus Tarihçesi

“Vaginismus” terimi ilk olarak 1834 yılında Huguier ve 1861 yılında J.Marion Sims tarafından kullanılmış olsa da hastalığın tanımı; “Vulvanın, baştan çıkarılmış bir kadının bile bakire görünmesi için daralması” şeklinde dünyanın ilk jinekoloğu olan Trocta (ya da “Trotula Of Salerno”) tarafından 1547 yılında yapılmıştır. (5) Diğer taraftan Felix Roubaud’nun Sims’den tam 6 yıl önce 1855 yılında kadın ve erkekte infertilitenin tedavisi üzerine yazdığı kitap, Fransa’nın 19.yy’daki en önemli tıp kitabıydı. Roubaud’nun bu ünlü kitabındaki bölümlerinden birinin başlığı; “Vulva ve vaginanın nöraljisi” idi. Roubaud kitabında, infertilitenin önemli nedenlerinden biri olarak vulva ve vaginada ilişki sırasında ortaya çıkan ağrıyı göstermekteydi. Kanada’da jinekolog olan John Lamont da 1970 yıllarında vajinismus tedavisi ile ilgileniyordu.

Lamont’un onlarca vajinismus hastası gördükten sonra dikkatini çeken en önemli nokta; tüm hastaların aynı olmaması ve bazı hastalarda kaçınma reaksiyonunun çok daha yüksek saptanmasıydı. Aversiyonu (kaçınma reaksiyonu) fazla olan olgularda, pelvik taban kaslarındaki spazm çok daha abartılı oluyordu. Buradan hareketle jinekolojik bakış açısı ile Lamont; vajinismus olgularını pelvik taban kaslarındaki kasılma ve kaçınma reaksiyonlarına göre evrelendirdi. 1972 -1978 yılları arasında tedavi ettiği 80 vajinismus olgusunda kendi bulduğu evrelendirmeyi kullandı ve Am. J. Obstet and Gyn.’de yayınladı. (2)

Tüm bu süreç içinde 1984 yılında E.G.Frederich J.Rep.Med.’de 86 olguluk bir seri yayınlarak “vulvar vestibulitis sendromu”nu (VVS) ve tanı kriterlerini tanımladı (7). Vulvanın hiperestezisi ve farklı isimlerle yüzyıllardır bilinen bu hastalık, ilk olarak tanı kriterlerine kavuştu. 1991 yılında ise ISSVD (International Society for the Study of Vulvar Disease) tarafından Frederich’in 3 temel tanı kriteri ile vulvanın hastalığı olarak kabul edildi. Eleştirel bir gözle bakarsak, 1994 yılında yayınlanan DSM IV kriterleri, VVS görmezden gelerek önemli bir detayı kaçırmış oldu. Son 25 yıl içinde dünyanın farklı coğrafyalarından vajinismus ve VVS olgularının tanı ve tedavisi ile ilgili gerek fizyopatoloji gerek tedavi bağlamında pek çok araştırma yayınlandı. 200 yıldan uzun süre önce kadın cinsel ağrı bozukluklarının tanısı ve tedavisine dair yapılan tartışmalar ve Roubaud’nun mükemmel klinik deneyimi ile farkına vardığı ama bilimsel bağlamda ortaya koyamadığı iki farklı patolojinin, vajinismus ve VVS’nun, nasıl içiçe geçmiş, birbirini tetikleyen problemler olduğu onlarca yıl süren laboratuvar ve klinik araştırmalar sonunda anlaşılmaya başlandı. (6, 7, 8, 18)

Böylece DSM V'de cinsel ağrı bozuklukları tanımı ve onun alt grupları olan vaginismus ve disparonia akademik bağlamda artık yok. Onun yerine daha bütüncül bir yaklaşım ile "Genitopelvik Acı / Penetrasyon Bozukluğu" terminolojisi getirildi ve günümüzde kullanılmaya başlandı.

Tarihsel süreç ile beraber son 25-30 yıldır yaşanan gelişmelere baktığımızda "Genitopelvik Acı/Penetrasyon Bozukluğu" tanısı ve tedavisi mutlaka multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Ancak yukarıda özetlediğimiz süreç, hastaların değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda akademik bağlamda varılan nokta bariz bir paradigma değişimine işaret etmektedir. Bu değişim hem tanı hem de tedavi konusunda kendini hissettirmektedir.

Vajinismus Kriterleri

Aşağıdaki 3 kritere göre tanımlanır

- *Vajinal penetrasyon ile ağrı
- *Vajinal penetrasyon korkusu
- *Pelvik taban kas disfonksiyonu ve introital kasların kasılması

Bazı yazarlar vajinismus göz kırpmaya benzetmektedirler.

Hastalar dokunma tehdidi oluştuğunda tepki verirler (13, 14).

Vajinismus Sınıflandırılması

Vajinismus iki tip olarak sınıflandırılır;

*Birincil Vajinismus: Vajinal penetrasyon hiç sağlanamadığında

*İkincil Vajinismus: Bir zamanlar vajinal penetrasyon sağlanmış, ancak jinekolojik cerrahi, menopoza, vajinal doğum, travma veya radyasyon gibi faktörler nedeniyle artık mümkün olmadığında ikincil vajinismus görülebilir.

Vajinismus Nedenleri:

- *İlk gece kızlık zarı aşırı kanamasından, cinsel ilişkide acı/ ağrı olacağından korkmak
- *Vajinasının ereksiyon halindeki penisi alamayacak kadar küçük ya da dar olduğunu ya da vajina girişinde bir engel olduğunu varsaymak (psikoseksüel fanteziler)
- *Cinsel konularda bilgisizlik
- *Cinsel ilişki ve ilk gece konusunda anlatılan gerçek dışı abartılı hikayeler
- *Penise, testise veya meniye karşı tiksinti
- *Süper koruyucu ailede yetişmek, dini ve ahlaki tabular,
- *Kişilik Yapısı: yüksek otokontrol, iyi kız sendromu
- *Cinsel istismar veya cinsel travma geçirmiş olmak

Vajinismus Tanısı

Tıbbi ve psikoseksüel bir anket ve jinekolojik muayene ile hastanın vulva ve vajina girişi değerlendirilmesi sonrası konur. Bu hastalarda klasik bir jinekolojik muayene kasılmalar nedeniyle yapılamayabilir. (14)

İlişkiye giremeyen veya cinsel ilişkide ağrı yaşayan tüm hastalarda hymen muayenesi yaparak hymenin iç halka yapısını görmeden tanıyı asla koymamalıdır.İleri seviye hastalarda hymen ve vajinal muayene anestezi altında da yapılabilir.

Bu dış gözlem sonrası vulvar vesibülit (Provake Vulvodini) ayırıcı tanısı için Q Tip test mutlaka yapılmalıdır.

Q Tip testte tüm vestibuluma pamuklu çubukla tek tek saat kadranı boyunca baskı yapılır.Bu testte ağrılı noktalar tespit edilerek, 10 üzerinden VAS skalası oluşturularak dosyaya not edilmelidir.

Enfeksiyon,Liken skleroz ya da başka bir neden olup olmadığına ayırıcı tanıda dikkat edilmelidir. (15, 16, 17, 18, 19)

Vulva kaynaklı Genitopelvik ağrı Nedenleri

Konjenital vulvar atrezi, Vulvar distrofi, Vulvit, HPV ve Herpes enfeksiyonları, Liken skleroz, Bartholin apsesi ve kisti, Epizyotomi skarları,Vulvo-vajinal cerrahi, Vajinal daraltma ameliyatları, Vajinal histerektomi sonrası skar ve keloidler vb. (15, 16, 17)

Vestibulum kaynaklı Genitopelvik ağrı Nedenleri

Vulvar vestibülit sendromu,Liken Skleroz,Vestibülit yapan enfeksiyonlar (Candida,Herpes,HPV etkisi..)

Hymen kaynaklı Genitopelvik ağrı Nedenleri

Yüksek kenarlı hymen,Hymenal septum,Kribriform hymen vb..

Vajina kaynaklı Genitopelvik ağrı nedenleri

Vajinal septum (transvers ve longitiunal), Vajinit, Menopozal atrofi, Vajinal enfeksiyonlar,Vajinal atrofi,Vajinal kuruluk... sayılabilir.

Vajinismus Derecelendirmesi

Lamont derece 1: Hasta pelvik muayene için rahatlayabilir.

Lamont derece 2: Hasta pelvik muayene için rahatlayamaz.

Lamont derece 3: Kalça masadan kalkar. Geri çekilme olur.

Ayak parmakları yukarı kıvrılır.

Lamont derece 4: Tüm vücut olarak geri çekilme mevcuttur. Kalça yukarı kalkar, uyluklar kapanır, hasta geri çekilir.

Pacik derece 5: Lamont seviye 4'teki gibi tüm vücut olarak geri çekilme artı aşağıdakilerden herhangi biri veya daha fazlasıyla sonuçlanabilecek visseral reaksiyon olur.

Çarpıntı, hiperventilasyon, terleme, şiddetli titreme, kontrol edilemeyen çığlık atma, histeri, masadan atlama isteği, bayılma hissi, bulantı, kusma olabilir.(14)

Vajinismus Tedavi Basamakları:

*Detaylı Cinsel Öykü ve Jinekolojik Muayene

*Ayrıcı Tanıların elenmesi (Vulvar Vestibülit Sendromu,Anatomik Sorunlar, Enfeksiyonlar, Nörolojik Nedenler gibi..

Bilişsel Davranışçı Tedaviler

Vajinismus olduğu, anatomik problemin eşlik etmediği olgularda ilk basamak tedavi; Bilişsel Davranışçı Tedavidir. Bilişsel Davranışçı tedavilerde hastanın rahatlayarak önce kendi anatomisini tanıması ve korkularının giderilmesi amaçlanır.

*Cinsel işlev ve pelvik anatomi hakkında bilgi

*Nefes ve Rahatlama Teknikleri

*Sistematik duyarsızlaştırma tekniği (Genital bölgeye ayna ile bakma,Genital masaj, Eşli dokunma egzersizleri)

*Pelvik rehabilitasyon

*Dilatasyon egzersizleri (Parmak, dilatör vs..)

Ek Yöntemler:

*Cerrahi prosedürler (Gerekirse)

*Evlilik (çift) terapileri

*Erkek cinsel disfonksiyon tedavileri

*İlaçlar

Tamamlayıcı Yöntemler:

Özellikle derecesi yüksek ve dirençli hastalarda uygulanan yöntemlerdir.

*Botoks

*Akupunktur Terapisi

*Hipnoterapi

Vajinismusta Botox Tedavisi

Botox tedavisi kesinlikle ilk veya tek seçenek olarak düşünülmemelidir. Tek başına yapıldığında gerekli bilişsel ve davranışsal tedavi eklenmediği durumda başarısızdır.

Vajinismuslu bazı kadınlarda özellikle daha önce birden fazla başarısız tedavi görmüş veya hipertonic vajinası varsa Botox tedavisi kullanılabilir. Ancak kesinlikle bilişsel ve davranışsal tedaviyle beraber yapılmalıdır. Tek başına yapıldığında etkili değildir.

Botulinum toksini (Botox), Clostridium botulinum tarafından üretilen ve güçlü bir zehir olan bir EKZOTOKSİN'dir. Sinir uç plaklarından asetilkolin salınımını engeller. Enjeksiyon yapılan kaslardaki kontraksiyonu ve bezlerin çalışmasını inhibe ederek etki gösterir. Etkinlik süresi 3-4 ay arasında değişir. Vajinal enjeksiyonlar sırasında sedasyon gereklidir. Perineal kaslara yapılan bu uygulamada toplam botoxun 100 üniteyi geçmemesi önerilmektedir.

Botox Tedavisi Kontrendikasyonları

- Albümine karşı aşırı duyarlılık
- Enjeksiyon bölgesinde enfeksiyon
- Hamilelik
- Laktasyon
- Nöromusküler iletim hastalıkları (Myastenia Gravis vb.)
- Koagülopati veya terapötik antikoagülasyon

Botox Tedavisi Yan etkileri

- İdrar inkontinansı
- Fekal inkontinans
- Geçici görme kaybı
- Vajinal kuruluk

Vajinal pelvik kasların dilatasyon tedavisi başarı oranlarının yüksek olduğu yönünde jinekolog uygulamaları vardır. (20)

Genellikle çiftlerin yaklaşık %90'ı tedaviden sonra ağrısız penetrasyon elde eder ve bu uzun süre devam eder. Çift ilişkisinde iyileşme ve kaygının azalması sağlanmıştır. (9, 10, 11)

Yanlış teşhis konulan ve gereksiz yere yapılan himenektomi veya himenotomi ameliyatının sıklıkla vajinismusu kötüleştirdiği ve daha sonraki cinsel ilişkiyi zorlaştırdığı görülmektedir. (11)

KAYNAKÇALAR

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®) 5th edition. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2013. J Patrick O'Leary. J. Marion Sims: a defense of the father of gynecology. South Med. J. 2004 May;97(5):427-429.2.
- 2) Pacik P.T. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. Int Urogynecol J. 2014;25:1613-1620.
- 3) Anđın AD, G n İ, Sakin  ,  ıkman MS, Eserdađ S, Anđın P. Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. JBRA Assist Reprod. 2020;24:180-8.
- 4) Eserdag S, Kurban D, Yakut E, Mishra PC. Insights Into the Vaginismus Treatment by Cognitive Behavioral Therapies: Correlation With Sexual Dysfunction Identified in Male Spouses of the Patients. J Family Reprod Health. 2021 Mar;15(1):61-69. doi: 10.18502/jfrh.v15i1.6079. PMID: 34429738
- 5) Cryle P. Vaginismus: a Franco-American story. J. Hist. Med. Allied Sci. 2012; 67(1):71-93
- 6) Cherg-Jye Jeng. The Pathophysiology and Etiology of Vaginismus. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004; 43(1): 10-153.
- 7) Luria M, Hochner-Celnikier D, Mock M. Female sexual dysfunction: classification, epidemiology, diagnosis and treatment. Harefuah. 2004; 143(11):804-810.6
- 8) Har-Toov, I. Militscher, J. B. Lessing. Combined vulvar vestibulitis syndrome with vaginismus: which to treat first? J Sex Marital Ther. 2001;27 (5): 521-523.
- 9) O'Donohue W, Dopke CA, Swingen DN. Psychotherapy for female sexual dysfunction: a review. Clinical Psychology Review. 1997; 17: 537-66.
- 10) McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus (Review). The Cochrane Database of Systematic Review, 2003.
- 11) Hawton K. Treatment of sexual dysfunction by sex therapy and other approaches. British Journal of Psychiatry 1995;167: 307-14.

- 12)Heiman JR, LoPiccolo J. Clinical outcome of sex therapy. Effects of daily V weekly treatment. Archives of General Psychiatry 1983; 40: 443–9. 17. Fordney DS. Dyspareunia and vaginismus. Clinical Obstetrics and Gynaecology 1978; 21: 205–21.
- 13)Poinsard PJ. Psychophysiologic disorders of the vulvovaginal tract. Psychosomatics 1968:338.
- 14)John A. Lamont. Vaginismus. Am. J. Obstet. Gynecol. 1978; 131(6):633-636.
- 15)Binik Y.M., Reissing E., Pukall C. The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? Arch. Sex. Behav. 2002; 31: 425-429
- 16)Reissing E.D., Binik Y.M., Khalife S. ve ark. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. Arch. Sex. Behav. 2004; 33: 5-17.9.
- 17)Bornstein J, Cohen Y, Zarfati D, Sela S, Ophir E. Involvement of heparanase in the pathogenesis of localized vulvodynia. Int J Gynecol Pathol. 2008; 27(1):136-141.10. J.
- 18)Akhan S. Characteristics, management and outcome of primary vaginismus in Turkey. A standpoint of gynecologist. Poster No: 65. J.Sex. Med. 2008(5), Supplement 3, p151-176
- 19)Eserdag S, Kurban D, Kiseli M, Alan M, Alan M The histopathological results of vestibulectomy specimens in localized provoked vulvodynia in Turkey. Y.Pan Afr Med J. 2020 Nov 24;37:267. doi: 10.11604/pamj.2020.37.267.21240. eCollection 2020.PMID: 33598081
- 20)Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients.Sex Med. 2017 Jun;5(2):e114-e123. doi: 10.1016/j.esxm.2017.02.002. Epub 2017 Mar 28.PMID: 28363809
- 21)Berek&Novak's Gynecology Textbook

VAKA SUNUMLARI

1.Vaka

Hasta 56 yaşında, Lise mezunu, emekli, Aydın'dan geldi, 35 yıllık primer vajinismus

ÖYKÜ: 1988 yılından itibaren vajinismus şikayeti mevcut. 35 sene önce ilk evliliğini yapmış). Eşiyle vajinal yolla hiç cinsel ilişki yaşamamış,sürtünme yoluyla gebe kalmış, bir kızı (Sezaryen ile doğum) dünyaya gelmiş, kızı şu anda 33 yaşında.

Hasta 10 yıl evli kalmış bu 10 yıl içinde cinsel ilişki hiç yaşamamış, eşi aşırı anlayışlı davranmış ve cinsel ilişki olmasa bile çözme konusunda hiçbir girişimde de bulunmamış. Eşi bu durumu bir hastalık olarak görmemiş.Sen istersen yaparsın demiş ve kendisini istemediğini iddia ederek 10 yılın sonunda ondan ayrılmış.

Hastanın son 25 yıldır birkaç partneri olmuş ancak her ilişki denemesi başarısızlıkla ve acı ve kaygıyla sonuçlandığı için tekrar evlenmek istemiş ancak vajinismus sorunu nedeniyle cesaret edememiş.

Hasta yeni bir partneri olması ve artık bu durumu 35 yıl da olsa aşmak istediği için bize başvurdu.

MUAYENE: Hastanın yapılan muayenesinde; 4 yıldır menapozda olduğu görüldü. Hymen perfore. Hasta muayene masasına yatabiliyor ancak vajinal girişe parmakla dokunmaya tepki veriyor. Bacak kapatma,kendini geri çekme,popoyu kaldırma,kasılma tepkileri nedeniyle LAMONT Grade 4-5 olarak derecelendirdik.

TEDAVİ: Hastaya genital anatomi hakkında bilgi verildi. Bunun yanı sıra sırayla nefes egzersizi, aynada kendine bakma,vulva masajı egzersizleri verildi.8 seans akupunktur uygulandı. Hastanın kaygı ve uzun süreli depresyon varlığı göz önünde bulundurularak, özellikle el bileği,ayak ve başta yer alan depresyon ve kaygı noktalarına akupunktur yapıldı.

Cinsellik hakkındaki ön yargıları konuşuldu, kadın genital haz noktaları öğretildi. Hastaya evde parmağı ve aparatla kendini vajinasını keşfetme ve esnetme uygulamaları önerildi.

Toplam 8 seans sonrasında hasta dokunmaya ve vajinal penetrasyona izin verebilir bir duruma geldikten sonra evde partneriyle ilişki denemeleri önerildi.

İlişki denemeleri sonrası 10. günde kasılmaların geçtiğini ve tam coit sağlandığını ilettili. Hastanın evlilik ve vajinismus süresi uzun olduğu için egzersizlere 1 ay daha devam etmesi önerildi.

2. Vaka

Hasta 48 yaşında, Lise mezunu, ev hanımı, Malatya'dan geliyor, 22 yıllık primer vajinismus

ÖYKÜ: Hasta 22 yıllık evli, görücü usulü ile evlenmiş ve sürtünme yoluyla gebe kalmış, 3 doğum yapmış (Sezaryen ile) 20, 17 ve 12 yaşında üç çocuğu var. Hasta daha önce kadın doğum uzmanına görünmüş. Dıştan bakılarak yapılan muayenede bir sorun olmadığı söylenmiş.

Hasta eşini pasif ve ilgisiz olarak nitelendiriyor. Tedaviye sadece kendi istediği için gelmiş. Eşi bu şekilde devam edebiliriz tedaviye gerek yok şeklinde bir yaklaşım sergiliyormuş.

MUAYENE: Hastanın yapılan muayenesinde dıştan yapılan gözlemde saat 12.00-saat 18.00 hizası arasında dik bir şekilde uzanan hymenal septum izlendi.Hasta dokunmaya aşırı tepki veriyor.Bacak kapatma,kasılma,kendini geri çekme ve elle itme tepkileri mevcut. Hastaya bu durumda önce anatomik sorunun anestezi altında giderileceği ve iyileşme dönemi sonrası ise bilişsel ve davranışsal tedavi yapılması gerektiği anlatıldı.

TEDAVİ: Hastanın eşi tedaviyi onayladı ancak kendisi tedavi sırasında yanında olamayacağını belirtti. Hastaya ameliyathane koşullarında sedasyon altında hymenal septum eksizyonu uygulandı. 1.5 ay iyileşme dönemi sonrası tekrar gelmesi önerildi.

1.5 ay sonra tedavi için başvuran hastada anatomik olarak vajina girişinin açıldığı ve rahat olduğu görüldü. Hastaya genital anatomi hakkında bilgi verildi. Bunun yanı sıra sırayla nefes egzersizi, aynada kendine bakma, vulva masajı egzersizleri verildi.Hasta tüm egzersizleri kaldığı evde kendi uyguladı,eş şehirdışında olduğu için egzersizlere katılmadı. Cinsellik hakkındaki ön yargıları konuşuldu,kadın genital haz noktaları öğretildi. Hastaya evde parmağı ve aparatla kendini vajinasını keşfetme ve esnetme uygulamaları önerildi.

5. günün sonunda hastanın kasılmaları sona erdi, vajinal muayeneye izin verebilir duruma geldi.Acı olduğu için yıllardır süren reaktif korku ve kasılmalar, hymenal septuma bağlı olan acı hissi yok oldu. Acı olacak kaygısı günler içinde geriledi için hasta yeni duruma rahatlıkla adapte olabildi.

Hasta Malatya'ya gidince eşiyle tüm egzersizleri beraber yaptı ve 3 gün sonra coit kasılma ve acı olmadan gerçekleşti. Hastanın evlilik ve vajinismus süresi uzun olduğu için egzersizlere 1 ay daha devam etmesi önerildi.

3. Vaka

37 yaşında, Lise mezunu, özel sektörde çalışıyor. Antalya'dan geldi, 16 yıllık primer vajinismus

ÖYKÜ: Flörtle evlenmişler. Evliliğin ilk yıllarında kadın doğum uzmanına gitmiş ve dıştan kızlık zarına bakılarak muayene olmuş. Kızlık zarının alınması ve alınırsa vajinismus sorununun biteceği söylenmiş. bu nedenle hymenektomi yapılmış. Ancak vajinismus devam etmiş. Çocukları yok.

Sonrasında iki ayrı psikoloğa gitmiş. Birine 10 seans, diğerine 8 seans devam etmiş. Ancak eve verilen parmak egzersizlerini yapamamış. Parmak egzersizlerini yapmama nedeni kendi veya eşinin parmağının içeri girerken canını yakacağına inanması, bu egzersizlerin saçma olduğuna inanması ve bu egzersizleri yapabilecek olsam zaten ilişkiye girerdim şeklindeki düşünceleriymiş.

MUAYENE: Hastanın yapılan muayenesinde hymen perfore, daha önce ameliyatla eksize edilmiş. Muayenede hasta küçük parmak ucunun vajen girişine temas etmesine izin veriyor. Lamont derece 3 olarak tanı koyduk.

TEDAVİ: Tedavide hastaya nefes egzersizi, aynada kendine bakma, vulva masajı egzersizleri verildi. Bunları yapan hastaya evde yapması için dilatör egzersizleri verildi. Hasta 4. Günde kasılma olmadan cinsel ilişkiyi yaşayabildi.

Bu vaka hem hymenektomi yapılmış hem de psikologlara gidip başarısız olunca tedaviye olan inancını kaybetmiş ve yeni bir tedavi arayışı için 15 yıl beklemek durumunda kalmış. Bu vakada gördüğümüz sorun gereksiz yere hymenektomi yapmanın vajinismusu çözmeyeceğidir.

Ele alınması gereken diğer sorun da; parmak egzersizlerinin ağır vajinismus gruplarında yapılmasının zor olduğu ve bu gruplarda psikolog tedavisi başarılarının düşük olduğudur.

4. Vaka

56 yaşında hasta, Lisans mezunu (Emekli bankacı, 31 yıllık evli), Ankara, 31 yıllık sekonder vajinismus-disparoni

ÖYKÜ: İlk ilişkiden itibaren acı duyan hastanın kasılmaları ve vajinal kuruluğu da mevcut. 40 yaşında menapoza girmiş olan hastanın 1 sezaryen doğumu var. 28 yaşındayken sezaryenle doğum yapmış.

MUAYENE: Hastaya jinekolojik masada Q Tip Test uygulandı. Bu test ile tüm vestibulum girişine pamuklu çubukla dokunuldu. Tüm saat kadransları kontrol edildi. Özellikle sağda hymenden başlayıp vestibulumu doğru olan tüm kısımlarda VAS Skalasında tüm saat kadranslarında skor 10 üzerinden 10 ağrı saptandı. Solda ise skor 10 üzerinden 7 ve 6 ağrı saptandı. Bu durumda Vulvar Vestibülit Sendromu tanısı kondu.

Cinsel ilişkide tekrarlayıcı acıya sekonder olarak vajinismus da gelişmişti. Parmakla yapılan muayenede kasılma ve kalça kaldırma tepkileri mevcuttu. Lamont Grade 1-2 olarak derecelendirme yapıldı.

TEDAVİ: Tedavide hastaya nefes egzersizi, aynada kendine bakma, vulva masajı egzersizleri verildi. Hastaya aynı zamanda evde yapması için dilatör egzersizleri verildi. Hastanın bu egzersizleri yaparken ağrının azalması için 1 hafta arayla 3 kez vestibulumdaki ağrılı noktalara ve vajinal kuruluk için vajina alt 1/3 üne PRP tedavisi uygulandı. Egzersizlere devam edildi.

3 haftanın sonunda sağdaki ağrılı bölgeler 10 üzerinden 3'e inerken solda hiç ağrı kalmadı. Hastaya sağ bölgedeki ağrının devam etmesi nedeniyle sol vestibülektomi yapıldı. Patolojide kronik enflamasyon -vestibülit olarak tanı geldi.

Tedaviden 45 gün sonra yapılan kontrol Q Tip Testte hastanın hiç ağrısının kalmadığı tespit edildi. Böylelikle konforlu bir şekilde ve ağrısız cinsel ilişkiye girmesi sağlandı.

VAJİNİSMUSTA ERKEK FAKTÖRÜ

Dr. Öğretim Üyesi Özgül ÖZGAN ÇELİKEL
Lokman Hekim Üniversitesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı



Kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu cinsel istek azalması olsa da, vajinismus doğu ülkelerinde cinsel sorunu olan kadınların hastaneye başvuru nedenlerinin başında gelmektedir. (1) Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013 yılında yaptığı DSM 5 sınıflandırmasında vajinismus dispareni ile birlikte 'genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozuklukları' kategorisine dahil edilmiştir. (2) Vajinismus aslında bir kaygı bozukluğudur; bu nedenle bazı seksologlar tarafından 'cinsel fobi' ya da 'cinsel ilişki korkusu' olarak da adlandırılmaktadır. (3) Eşine ve ailesine karşı kendini yetersiz ve mahcup hisseden vajinismuslu bir kadın eşini kaybetme veya başkasına kaptırma, eşini kaçırma korkuları taşıyabilmektedir. Vajinismus sıklıkla evlilik sorunlarına, depresyona ve izolasyon duygularına yol açar, Tamamlanmayan yani cinsel ilişki yaşayamayan evliliklerin önemli bir nedenidir. Bu durum usulü evliliklerin olduğu kültürlerde hoş görülmez ve sıklıkla evliliğin iptaliyle sonuçlanır. (4)

Masters ve Johnson vajinismusun nedenlerini araştırmışlar ve erkek cinsel işlev bozukluklarını da bu nedenlerin arasına dahil etmişlerdir. (5) Partnerin erektile disfonksiyon, erken boşalma ve hipoaktif cinsel istek gibi cinsel sorunları vajinismusa zemin hazırlayan faktörler olabilir. Ancak vajinismusa ikincil olarak erkek cinsel işlev bozuklukları da gelişebilmektedir Vajinismusun ; kadının eşinin cinsel işlev bozukluğuna olan tepkisinin psikolojik yansıması olarak da meydana gelebilmektedir. Erkek vajinal penetrasyon yaşayamadığı için hayal kırıklığına uğrayabilir veya eşinin fonksiyon bozukluğunu reddedilme olarak algılayabilir. Kaplan; vajinismuslu kadınların partnerlerinde sıklıkla bu duruma ikincil olarak iktidarsızlık geliştiğini de bildirmiştir. (6) Araştırmalarda eşlerden birinde cinsel işlev bozukluğunun diğerini olumsuz etkilediği bir kısır döngünün varlığı bildirilmiş ve bu nedenle cinsel işlev bozukluğu olan eşlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu gibi durumlarda bazı sorular tam olarak cevaplanamamaktadır ve bunların en önemlileri; cinsel işlev bozukluğunun ilk kimde geliştiği ve eşlerden birinin durumunun diğerini nasıl etkilediği sorusudur (7). 2008 yılında Türkiye'de 32 vajinismuslu kadın hastanın eşlerini değerlendiren çalışmada erkeklerin %56,2'sinin cinsellik konusunda yetersiz bilgisinin olduğunu bildirmiştir. Erkeklerde cinsel işlev bozukluğu oranı (%65,6) bulunmuştur. (8)

2003 yılında Türkiye'de 200 vajinismus hastasını ve eşlerini değerlendirildiği araştırmada erkek eşlerin vajinismus sorununa yönelik tutumu hastaların %72,5'inde 'anlayışlı', %17'sinde ise 'çok anlayışlı' olarak bildirilmiştir.

Oktay ve Tombul, erkek partnerin cinsel sorunlarıyla yüzleşmekten kaçınmak için çok anlayışlı davrandıkları ve dolayısıyla cinsel birleşme olmadan evliliğin uzadığı sonucunu çıkarmışlardır. (9) Vajinismus tanısı alan kadınların eşleriyle ilgili bir diğer iddia ise kadınların baskın ve otoriter babalarının aksine anlayışlı, aşırı hoşgörülü, pasif ve gösterişsiz eşleri seçtikleridir. (10) Birçok araştırmada vajinismuslu kadınların eşlerinin cinsel deneyimlerinin düşük olduğu ve cinsel açıdan dışa dönük olmadıkları söylenmektedir. (11)

Bu açıdan bakıldığında eşlerin karşılıklı olarak kaçınma davranışı sergiledikleri ve bilinçli olarak farkında olmadan tedaviye devam etmeme konusunda üstü kapalı bir anlaşmaya vardıkları akla gelmektedir. Bu durum çiftlerin tedavi için kliniklere başvurularında gecikmelere yol açmaktadır. Bu çiftlerin çoğu, birkaç yıllık evlilikten sonra sadece çocuk sahibi olmak için tedaviye gelmektedirler. Öte yandan erkek eşlerin aşırı hoşgörülü olmaları, sorunu görmezden gelmeleri ve eşlerinin bu sorunu hiçbir zaman aşamayacağını düşünmeleri profesyonel destek almayı daha da geciktirmiş olabilmektedir. İtalya'da tamamlanmayan evlilik yapan 24 çiftle yapılan araştırmada, 15 çiftte kadınların profesyonel destek almakta ısrar ettiği, altı çiftte bu sürecin hem erkek hem de kadın tarafından başlatıldığı, sonuç olarak sadece üç çiftin kliniğe başvurduğu belirlenmiştir. Cinsel işlev bozukluğu sorununun süresinin üç yılı geçmesinin evlilik sorunu yaşama oranını artırdığını bildirmiştir.

Vajinismusun kronik bir soruna dönüşmeden tedavi edilmesi, çiftlerde hipoaktif cinsel istek, erkeklerde erektil disfonksiyon ve erken boşalma gibi ikincil cinsel sorunların, her iki partnerde de anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik sorunların ortaya çıkma olasılığını azaltır. Erken tedavi, zamanla gelişebilecek farklı cinsel ve psikiyatrik sorunların evlilik ilişkisine zarar vermesini önleyebilir. Tamamlanmamış evliliklerde erkeğin rolü sıklıkla ihmal ediliyor ve başarılı bir cinsel birleşmenin sağlanamaması çoğunlukla kadına atfediliyor. Cinsel aktivitede bulunmayan çiftlerin tedavisi sırasında değerlendirme ve tedavi sırasında her iki cinsiyetin eşit rol ve öneminin dikkate alınması tedavinin başarısını artıracak kanaatine varılmıştır.

Son yıllarda bu alanda bazı araştırmalar yapılmasına rağmen genital ağrısı olan ve olmayan kadınlar arasındaki psikolojik farklılıkların neden mi yoksa sonuç mu olduğunu anlamak henüz mümkün değildir (12). İlk acı verici deneyim, acı ve onun anlamı hakkında korku dolu ve yıkıcı düşünceler üretir. Bu düşünceler potansiyel olarak olumsuz tüm duyuları güçlendirip ağrıyla ilişkili olumsuz duyguları artırıp ve cinsel aktiviteden kaçınmasına yol açar. Pelvik taban hipertoni, bu deneyimi ikincil olarak şiddetlendirir. Ağrı, genital heyecanı bozar, daha az kayganlığa ve ağırlı penetrasyona yol açar. Tekrarlanan cinsel acı deneyimleri korkuyu ve dikkatli olma ihtiyacını doğurur, bu da vajinal penetrasyondan kaçınmaya katkıda bulunur. Ağrı her ne kadar kadın tarafından yaşansa da partnerini etkilediğini kabul etmek önemlidir. Acı korkusu, penetrasyondan kaçınmaya ve sonuçta partnerden kaçınmaya yol açar. Çift arasındaki cinsel iletişim, muhtemelen ağrı hakkında açık bir tartışmaya olanak sağlayarak ve çiftin cinsel mutluluk için tercih ettikleri seçenekleri artırarak kadınların cinsel tatminini artırır. Tersine, partnerin kadın ağrısına tepkisi algısını etkiliyor gibi görünüyor: uyum sağlayıcı başa çıkma stratejilerini teşvik eden ve partnerle seks yapma girişimlerini güçlendiren erkekler, kadınlarda daha düşük ağrı oranlarıyla ilişkilendiriliyor ve genel cinsel işlevsellikte iyileşme sağlıyor. Öte yandan, hem herhangi bir acı belirtisi karşısında kolayca öfkelenen düşmanca erkekler, hem de partnerinin ilk rahatsızlığı belirtisinde tüm cinsel aktiviteyi hemen durduran aşırı anlayışlı ve istekli erkekler, artan ağrı, daha depresif davranışlarla ilişkilendirilir. semptomlar ve evlilik doyumunun azalması. Bunun açıklaması, aşırı sempatik bir partnerin, ağrıya uyum sağlama tepkileri arayışını değil, cinsel ilişkiden kaçınmayı teşvik etmesi gibi görünüyor. Partnerin tepkileri arasındaki farklılıklar, onların kendi bilişsel çarpıtmalarıyla ilişkili olabilmektedir. Negatif ağrı yüklemeleri (içsellik – kişisel sorumluluk; küresellik – sorunun yaşamın tüm boyutlarını etkilemesi; ve istikrar – sorunun gelecekte de devam etmesi) partnerin sıkıntısını arttırmaktadır. (13)

Çift seks terapisi, vajinismus tedavisinde etkilidir. Sağlık profesyonellerinin, özellikle de jinekologların ve pratisyen hekimlerin, sorunun ve seks terapisinin tatmin edici sonuçlarının farkında olmaları gerekmektedir. (14, 15) Genellikle çiftlerin yaklaşık %80'i terapiden sonra ağrısız penetrasyon elde eder ve bu uzun süre devam eder. Çift ilişkisinde iyileşme ve kaygının azalması sağlanmıştır. (16) Yanlış teşhis konulan himenektomi veya himenotomi (17) ameliyatın sıklıkla vajinismusu kötüleştirdiği ve daha sonraki cinsel ilişkiyi zorlaştırdığı görülmektedir.

Aşk evlilikleri muhtemelen kalıcı vajinismusa neden olabilmektedir. Çünkü erkeklerin, kadınlar korku veya acılarını ifade ettiğinde penetrasyona zorlamadıkları ve zevk için penis vajen birlikteliği dışında cinsel ilişki dışı sekse (%94,6 intercrural seks) yoğun bir bağımlılıklarının olduğu görülmüştür. Çoğu çiftin tedavide başarısız olmalarına rağmen oldukça memnun oldukları saptanmıştır. Çift ilişkisinin seks terapisinden fayda sağladığı görülmektedir. Terapiden sonra partnerlerin mevcut psikolojik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı değişiklik tespit edilmiştir. Daha iyi partner ilişkisi olan çiftlerde tedaviye yönelik motivasyonun daha yüksek olduğu, vajinismus tedavisinden daha iyi sonuçlar elde edildiği tespit edilmiştir.

Vajinismus tanısı alan 110 kadın ve partnerlerinin tedavi sürecindeki psikiyatrik faktörleri ve cinsel işlevlerinin değerlendirildiği çalışmada; çiftlerin psikiyatrik belirtilerinin ve cinsel işlevlerinin vajinismus tedavisinin başarısını etkilediği görülmüştür (18). Yaşam boyu vajinismus (LLV) hastası olan 44 çiftte kadınların ve erkek partnerlerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri, cinsel işlev bozuklukları ve mizaç özelliklerinin değerlendirildiği araştırmada LLV'nin gelişmesi, sürmesi ve alevlenmesinde önemli etkilere sahip olduğu bulunmuştur. (19) 1547'den bu yana vajinismus ilk kez tanımlandığından beri, bu kadın cinsel bozukluğu hakkında binlerce araştırma makalesi yayınlanmıştır. Ancak vajinismusun etiyojisi halen tartışmalıdır. Vajinismuslu kadınlar genellikle utanç duygusu yaşarlar. Cinsel organlarına karşı tikslenme ve hoşlanmama. Sıklıkla başka fobileri vardır veya geçmişte yaşadıkları travmalar olmuştur. Genellikle babaları tarafından aşırı korunan ve çocukluktan beri “iyi kızlar” olan çocuklardır. Cinsel partnerleri genellikle nazik, düşünceli ve pasif “iyi adamlar”.dır. Erkek partnerin pasif iyi adam oluşu vajinismuslu hastaların bu durumun üstesinden gelmesini zorlaştırmaktadır. Cinsel açıdan güvenli bir eş ile ancak hafif derecedeki vajinismusun üstesinden gelinebilir. Orta ve şiddetli vajinismus derecelerinde tıbbi müdahale gereklidir. (20) Günümüzde vajinismusun bir hastalık olduğu kabul görmektedir. Belirli bir bilinçdışının sembolik bir ifadesi olarak intrapsişik çatışma olduğu kabul edilir. Vajinismus hastası kadınların kıskançlık duyduğu ve erkeklere karşı düşmanca (onları hadım etmek) ve bilinçsiz bir arzu beslediklerini belirten fikirler bulunmaktadır. (21) Vajinismusu bir savunma mekanizması olarak gören araştırmacılar; hamilelik korkusu gibi duygular nedeniyle sekse karşı olduklarını, mide bulantısı, bozulan bir nişan, evlendikten sonra bir şeyin keşfi veya kadınlığın inkarı olarak gelişebildiğini vurgulamışlardır. Bazı durumlarda koca zihinlerde “baba”yı temsil etmeye başlamıştır. Kadın, bu yüzden onunla seksin enest olacağını düşünebilmektedir.

Silverstein (22) vajinismusu bir semptom olarak görmektedir. Korunmak için kapatılmaya yönelik savunma ihtiyacını temsil ettiğini, kendini dışarıda tutmak, barikat kurmak ve sınırlar sağlamak olduğunu belirtmektedir. Vajinismus beklenen ağırlara ve beklenen ihlal ve izinsiz vajinal girişlere karşı kadını korumaktadır. Benliğin bütünlüğünü koruma arzusunu temsil etmektedir. Çoğu durumda, ihlal algısı geçmişteki bir ihlal eylemine karşı duyulan pasif öfke ve saldırganın (babanın) temsili olarak babaya öfkelenirler. Bu kadınlar doğrudan öfkelenmezler. Geçmişteki ihlallere karşı pasif öfke duyarlar. Gerçek saldırgan oldukları için saldırganlıklarını partnerlerine yansıtırlar. Duygusal ya da fiziksel olarak açık olma konusunda kendilerini güvende hissetmezler. Partnerler, kendi geçmiş öyküleri nedeniyle kendi cinselliklerini saldırgan olarak görürler. Böylelikle vajinismuslu kadın ve partneri yansıtmalı özdeşleşimde gizli anlaşmaya varırlar. (22) Silverstein vajinismuslu kadının seçiminin bu olduğunu düşünüyor. Bir partnerin ilişkisi içselleştirilmiş bir nesne ilişkisine dayanır. İçe yansıtılmış baba imajına tepki olarak partner seçiminde bu kişileri seçerler. Saldırganlığın kocaya yansıtılmasıdır. Bu durum kendinin tehdit edici ve mücadeleci olmasını sağlar.

Bazı yazarlar vajinismus göz kırpmaya benzetmektedirler. Dokunma tehdidi oluştuğunda tepki verirler. (23) Kadınların ve partnerlerinin cinsel ilişkiden keyif alamamaları, aynı zamanda özgüvenlerinin etkilenmesi, tekrarlanan başarısızlıklar veya yakın ilişkilerden kaçınma nedenleriyle diğer yollardan cinsel zevk alma ve orgazma ulaşma yöntemleri konusunda başarılıdırlar. Vajinismusun etyolojisinde erkek partneri suçlayan yayınlar da bulunmaktadır . Bulaşıcı duygusal bir durum olduğundan ve erkeğin potansiyel olarak neden olabildiğini veya şiddetlendirebileceğini vurgulamışlardır. Çok sayıdaki ortak görüş, erkek partnerin pasif olduğu için seçildiği ve çiftin bundan kaçınmak için bilinçsiz bir gizli anlaşmaya dahil olduğu ilişkidir. (24) Partnerin kişilik özellikleri pasif, bağımlı, aşırı korumacı, temkinli olma şeklindedir. Her iki partner de saldırganlıktan korkabilir. Kocanın durumu kabulü bazı durumlardan eşcinsel olduğunu da temsil etmektedir. (25)

Masters erkek cinsel işlev bozukluğunun en çok vajinismusun hizmet ettiği durumlarda görüldüğünü, vajinismus durumunun erkeğin sorunuyla yüzleşmesinden korkması olarak belirtmektedirler. Erkeğin kendi cinsel işlev bozukluğu varsa, kadının orgazm bozukluğundan ziyade vajinismusunun olduğu görülmüştür.

Diğer yandan vajinismus hastasının partnerinde erken boşalma sorununun olması vajinismusun sonucu olabileceği de bilinmelidir. Tekrarlanan hayal kırıklığı, erkeğin cinsel işlevselliğini olumsuz etkileyebilir . Bazı araştırmacılar farklı türde çift ilişkileri olduğunu görmüştür. Çiftin ilişkisindeki zorluklar (Örn. sadakatsizlik, çatışma) vajinismusla sonuçlanabilir. (26)

Silverstein vajinismusun aşağıdakilerin bir kombinasyonu olduğu sonucuna varmıştır: Hazırlayıcı faktörler vajinismusu üretir ve sürdürür. Bunlar;

- 1)Erkeklerin (Genellikle baba nedeniyle) güvende olmadıklarını ve tehditkar olduklarını erken yaşta öğrenmek;
- 2)Kadınların (Genellikle anneleri yüzünden) zayıf ve çaresiz olduğu ve erkeklerin egemen olduğu;
- 3)Cinsel ilişkinin kötü ve acı verici olduğunu ancak erkeklerin buna ihtiyacı olduğunu ve kadınlar uymalı;
- 4)Vücuda giren şeyler incinme (Örn. iğneler, lavmanlar) ve ihlal;
- 5)Korku ve öfke bastırılmalı veya bastırılmış, ifadelerine hoşgörü gösterilmemektedir ve bu duygusal veya fiziksel olarak açık olmanın güvensiz olması;
- 6)Cinsel ilişki girişimleri gerçekten de acıya neden oluyordu.

Vajinismuslu kadınların geçmişten gelen fobileri bulunmaktadır. Genellikle babaları tarafından korunan iyi kızlar olmuşlardır.

Vajinismuslu kadınların kişilik özellikleri ve partnerlerinin kişilik özellikleri ömür boyu devam eden vajinismusun gelişimine katkıda bulunmaktadır. Ancak bu konuda literatürde yeterince veri bulunmamaktadır. (27) Partner genital bölgede kadının yaşadığı ağrıya ve verdiği tepkiye tanık olmaktadır. Bu duruma partnerin verdiği ses, yanıt ve tepki de vajinismusa katkıda bulunabilmektedir. (28) Özenli olumsuz ya da kolaylaştırıcı partner tutum ve davranışları ilk cinsel deneyim yaşayan kadınlar için olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bireyin davranışları onun kişiliği ve mizaç özelliklerinin sonucudur. Ömür boyu vajinismusu olan kadınların erkek partnerlerinin karakteristik özellikleri olabilir. Nazik, düşünceli, aşırı korumacı, temkinli kendi saldırganlıklarından endişe duyan, pasif ve iddiasız kişilikler gözlemlenmektedir. Cinsel zorluklarla ve cinsel ilişkiden kaçınmanın bir yolu olarak ömür boyu vajinismusu olan kadınlar tarafından özellikle seçildikleri düşünülmektedir. Bu özelliklerinden dolayı aslında “Güzel” olarak adlandırılmaktadırlar.

Kadınlar bu aşırı kaygılı,hoşgörülü erkekleri tercih ederek disfonksiyonun devam etmesine katkı sağlamaktadırlar. (29)

Kraepelin depresif, manik,sinirli ve aşırı duygusal olmak üzere 4 temel mizaç eğilimini tanımlamıştır. Daha sonra siklotimik (manik-depresif) kişik bozukluğu da tanımlanmıştır.

Vajinismuslu kadınların partnerlerinin genellikle deneyimsiz oldukları ve kadına penetrasyon sırasında acı verebileceklerinden çekindikleri için ilişkiden kaçınmaya eğilimli olduklarını belirten araştırma bulunmaktadır. (30)

Erkek partnerlerin yaşadıkları duygusal stresin sonucu olarak endişeli oldukları belirtilmiştir.

Masters ve Johnson (31) cinsel bozuklukların rolünü vurgulamışlardır. LLV'li kadınların depresif mizaca sahip partnerleri kişisel başarısızlıkla meşgul olma, iddialı olmak ve başkalarını memnun etmeye çalışmakla uğraşırlar. (32) Farklı bir analizde ise depresif mizaca sahip erkeklerin cinsel ilişki üzerine olumlu etkisinin olabileceği de gösterilmiştir. (33)

Siklotimik (manik-depresif) mizaçlar ani değişikliklerle kendini gösterir. Ruh halindeki bu değişiklikler halsizliğe veya artan enerjiye, düşük özgüven veya aşırı güven ve yaratıcı düşünme veya donuk düşüncelere neden olur. (34)

Ömür boyu vajinismuslu kadınların hipertimik mizaçları vardır. Daha coşkulu, enerjik, harekete geçmeye hazır, az uyuyan,uyumlu, dışa dönük kişilik özellikleri vardır. Bu durumun kendi cinsel işlevlerine olumlu etkisi olmakla birlikte, partnerlerinin cinsel işlevleri üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır.

Sonuç olarak vajinismuslu kadınları partnerleriyle birlikte değerlendirmek, gerekmektedir. Bu kadınlarda depresyon düzeyi ve kaygı düzeyi yüksektir, Bu durum vajinismusun sürdürülmesi ve alevlenmesinde etkilidir.

Erkek partnerleri de etkilenmektedir. Kadınlardaki depresif, siklotimik, endişeli ve sinirli mizaç özellikleri erkek partnerlerin depresif ve siklotimik mizaç özelliklerinin vajinismusun sürdürülmesi ve alevlenmesinde etkili olduğu söylenebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction: Are we stuck on the learning curve? *J Sex Med.* 2006;3:639–45.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)* 5th edition. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Kaplan HS. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions.* 1th edition. New York: Routledge; 1974.
4. Pacik P.T. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J.* 2014;25:1613–1620.
5. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy.* Little Brown: Boston; 1970.
6. Anđın AD, G n İ, Sakin  ,  ıkman MS, Eserdađ S, Anđın P. Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA Assist Reprod.* 2020;24:180–8.
7. Greenstein A, Abramov L, Matzkin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2006;18:44–46.
8. Dogan S, Dogan M. The frequency of sexual dysfunctions in male partners of women with vaginismus in a Turkish sample. *Int J Impot Res.* 2008;20:218–21.
9. Oktay M, Tombul K. Two hundred cases of vaginismus: The patients, and their husband's psychological evaluation. *New Symposium.* 2003;41:115–9.
10. Turan Ő, Usta Sağlam NG, Bakay H, G kler ME. Levels of Depression and Anxiety, Sexual Functions, and Affective Temperaments in Women with Lifelong Vaginismus and Their Male Partners. *J Sex Med.* 2020;17:2434–45.
11. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond)* 2010;6:705–19.
12. Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle *J Sex Med* 2012;9(8):2077–2092. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02803.x
13. O'Donohue W, Dopke CA, Swingen DN. Psychotherapy for female sexual dysfunction: a review. *Clinical Psychology Review.* 1997; 17: 537–66.
14. McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus (Review). *The Cochrane Database of Systematic Review*, 2003.

15. Hawton K. Treatment of sexual dysfunction by sex therapy and other approaches. *British Journal of Psychiatry* 1995;167: 307–14.
16. Heiman JR, LoPiccolo J. Clinical outcome of sex therapy. Effects of daily V weekly treatment. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 443–9.
17. Fordney DS. Dyspareunia and vaginismus. *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 1978; 21: 205–21.
18. Sex Health. 2020 Nov;17(5):453-461. doi: 10.1071/SH20116. Effect of psychiatric symptoms and male sexual function of couples on the success of treatment for vaginismus Emre Baser 1, Demet Aydoğan Kirmizi 2, Eylem Unlubilgin 3, Melike Demir Caltekin 2, Nurhan Bolat Meriç 4, Ozlem Moraloglu Tekin 3 Affiliations expand PMID: 33497600 DOI: 10.1071/SH20116
19. Levels of Depression and Anxiety, Sexual Functions, and Affective Temperaments in Women with Lifelong Vaginismus and Their Male Partners Get access Arrow Şenol Turan, MD, Nazife Gamze Usta Sağlam, MD, Hasan Bakay, MD, Mehmet Enes Gökler, MD. *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 17, Issue 12, December 2020, Pages 2434–2445, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.018> Published: 24 September 2020 Article history
20. Masters WH. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown Medical Division, 1970.
21. Kaplan HS. *The New Sex Therapy*. New York: Brunner-Routledge, 1974.
22. Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. *Psychother Psychosom* 1989;52:197–204.
23. Poinard PJ. Psychophysiologic disorders of the vulvovaginal tract. *Psychosomatics* 1968:338.
24. Yates AJ. *Behavior Therapy*. New York: John Wiley & Sons, 1970.
25. Chisholm ID. Sexual problems in marriage: non-consummation. *Postgrad Med J* 1972;48:544–7.
26. Pillay AP. Non-consummation of marriage: a clinical study. *Int J Sexol* 1995:131.
27. Dewitte M. On the interpersonal dynamics of sexuality. *J Sex Marital Ther* 2014;40:209-232.
28. Dewitte M, Borg C, Lowenstein L. A psychosocial approach to female genital pain. *Nat Rev Urol* 2018;15:25-41.

29. Malleson J. Vaginismus: its management and psychogenesis. *Br Med J* 1942;2:213-216.
30. Renshaw DC. Sexless marriages in 2004? *Offic Newslett S Afr Sex Health Assoc* 2004;1:4-5.
31. Masters WH, Johnson WE. Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown and Company; 1970. p. 92-115.
32. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987;23:68-73
33. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, et al. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the temperament evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego autoquestionnaire. *J Affect Disord* 2005;85:3-16.
34. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59(Suppl.1):5-30.

Genital-Pelvik Ağrı / İçe Girme Sorunu:

Vajinismus ve Tedavisi

Prof. Dr. Cebail Kısa

Psikiyatr & Psikoterapist



Özet

Cinsel işlev sorunları içinde en yaygın klinik başvuru nedeni olan DSM-IV'te vajinismus ve dispareni olarak adlandırılan bu klinik tablolar DSM-5'te Genital-Pelvik Ağrı/İçe Girme Sorunu biçiminde yer almıştır. Günümüzde vajinismus “spesifik bir fobi” olarak yeniden kavramsallaştırılmakta ve tedavisinde bu amaçla “korkudan kaçınma modeli” geliştirilmiştir. Bu kuramsal çerçevede ter Kuile ve meslektaşları tarafından klinik ortamda geliştirilen “terapist destekli uzun süreli invivo maruz bırakma tedavisi” oldukça özgün ve öncesindeki tedavi yaklaşımlarına göre de daha etkili olduğu bulunmuştur. Bu tedavinin ideal olarak bir klinik veya hastane ortamında gerçekleştirilmesi gerektiği bildirilmiştir.

Vajinismus tedavisindeki “bilişsel-davranışçı yaklaşımlar” ve “terapist destekli uzun süreli invivo maruz bırakma tedavisi” alanındaki literatür tedaviden cinsel birleşmeyi gerçekleştirerek başarılı bir şekilde çıkan birçok kadının vajinal penetrasyon sırasında önemli bir oranda zevk yaşamadığına dikkat çekmektedir. Bu açıdan tedavi yönteminin duygusal ilişkiyi tatminkar hale getirerek, tutku ve şehveti artırmaya yönelik çift ve seks terapi seanslarıyla desteklenmesi gerekir.

Giriş

Genital-Pelvik Ağrı/İçe Girme Sorunu (GPA/İGS) bu ad ile ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-5) son baskısında yer almıştır (APA, 2013). Bu durum bir önceki DSM baskısında (DSM-IV-TR) kadınlarda “Dispareni” ve “Vajinismus” olarak farklı iki tanı olarak yer almıştır (APA, 2000). Cinsel birleşme sırasında ağrı geleneksel olarak bir kadın sorunu gibi algılanmasına rağmen bu sorun klinik bazda azımsanmayacak derecede erkeği de etkiler (Bergeron, Rosen, ve ark., 2020). Buna karşılık, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-11) cinsel sağlıkla ilgili durumlar kategorisinde hala cinsel ağrı bozuklukları terimini kullanmakta ve bu bozuklukları cinsel işlev bozukluklarından ayırmaktadır.

Ne yazık ki vulvodini bu kategoriye dahil edilmemiştir; bunun yerine vulvodini vulva, vajina veya pelvik tabanla ilgili ağrı kategorisinde genitoüriner sistem hastalıklarından biri olarak sınıflandırılmıştır (DSÖ, 2019).

GPA/İGS evliliğin/ilişkinin devamını olumsuz etkilediğinden ülkemizde cinsel terapi kliniklerine en fazla başvuru nedeni olan bir cinsel sorundur. Bir seks terapistinin, bir psikiyatristin, jinekoloğun, psikoloğun ve pelvik taban fizyoterapistin birlikte multidisipliner şekilde iş birliği yaparak değerlendirmesi veya etkili bir şekilde tedavi düzenlenmesi gereklidir (Binik ve Meana, 2009). Bu yazıda GPA/İGS klinik görünümü, nedenleri, değerlendirme, formülasyon ve tedavi süreci için bir yol haritası oluşturulmuştur.

GPA/İGS Klinik Görünümü ve DSM-5 Tanı Ölçütleri

DSM-5'te ağrı, cinsel birleşmede zorluk ve pelvik taban kas gerilimi gibi belirtilerin örtüşmesiyle dispareni ve vajinismus, genital-GPA/İGS olarak tek başlık altında ele alınmıştır. Bu bozukluk için tanı kriterleri aşağıdakilerden en az birinde zorluk yaşanmasını içerir: (1) vajinal penetrasyon deneyimi, (2) vajinal penetrasyon sırasında ağrı, (3) vajinal penetrasyon korkusu veya vajinal penetrasyon sırasında ağrı ve (4) pelvik taban kas disfonksiyonu. Bu değişiklik genital-pelvik ağrının çok boyutlu yönlerini vurgulamaktadır. (Binik, 2010; APA, 2013)

Yaygınlık

DSM-IV'te yer alan dispareni ve vajinismus tanıları üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar, bu sorunun ne kadar yaygın olduğu konusunda daha gerçekçi bir fikir vermektedir. Dispareni için prevalans tahminleri %14-34 (van Lankveld, Granot ve ark., 2010) ve vajinal spazmdan ziyade karakteristik cinsel birleşmekten kaçınma ve yoğun kaygının olmasıyla teşhis edilen vajinismus ise %0.4-6 arasında değişen oranlarda görülmektedir (Christensen, Gronbaek ve ark., 2011; ter Kuile, Melles ve ark., 2015). Kadınlarda klinik olarak anlamlı cinsel ağrıyı inceleyen meta-analizler, coğrafi bölgeye göre değişen oranlarla %6-%31,6 arasında bu durumun yaygınlık gösterdiğini göstermektedir (Koops ve Briken, 2018; McCool, Zuelke ve ark., 2016). Vajinismusun muhafazakar toplumlarda cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvurma açısından bildirilen yaygınlık oranları %58 ila %68 arasında değişmektedir (Doğan, 2009; Öviz, Keskinoglu ve Bezircioglu, 2007; Özdemir, Şimşek ve ark., 2008).

GPA/İGS Nedenleri

Literatürde GPA/İGS nedenleri somatik ve psikolojik faktörler başlıkları altında ele alınmaktadır.

Somatik Faktörler

Vajinismusun somatik / fiziksel nedenleri çok nadir olarak görülür. Bu durumlar daha çok kızlık zarı ya da vajinal anatomiyle ilgili anormallikle ilişkili konulardır. GPA/İGS ya da vajinismus tanısı konan kadınların çoğu (%40-100) aynı zamanda dokunulduğunda vulvar ağrı da yaşamaktadır (Lahaie, Boyer ve ark., 2010) ve bu durum tipik olarak provoke vestibülodini (PVD) olarak teşhis edilmektedir.

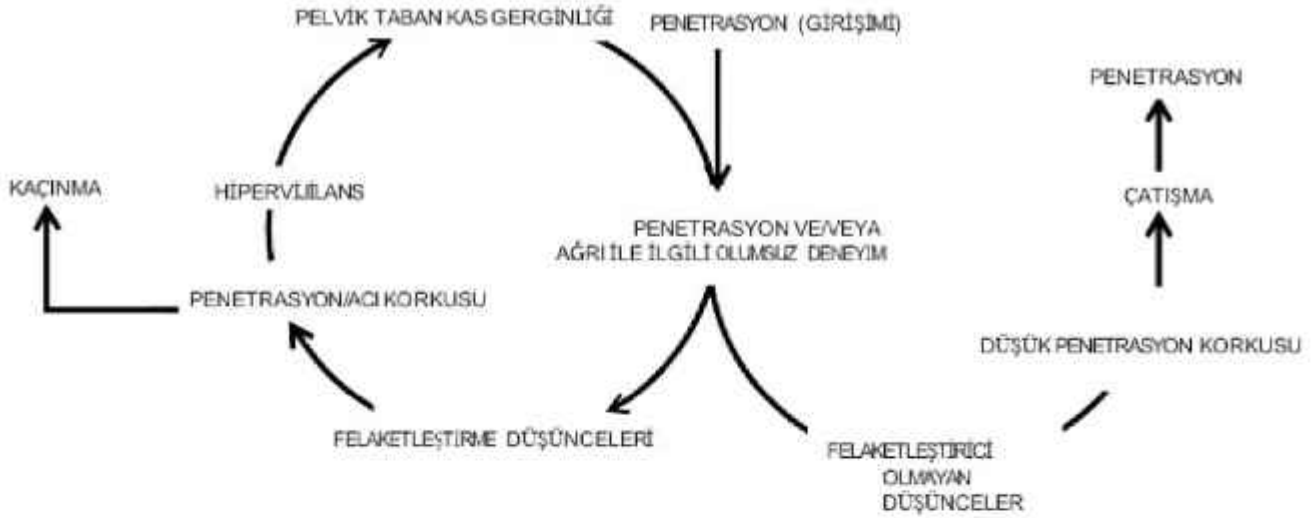
Psikolojik Faktörler

Bir dizi psikolojik ve partner faktörü çocuklukta cinsel istismar, ilişki uyumu, partner cinsel işlev bozukluğu, olumsuz cinsel tutumlar ve cinsel eğitim eksikliği sıklıkla vajinismusun potansiyel nedenleri olarak tartışılmıştır. Uzu süreli klinik deneyimlerime göre kadının bekaretini koruma ihtiyacı, cinsel bilgi eksikliği ve deneyimsizliği, cinsel organı az ya da çok tanıma, evliliğin tamamlanmasına ilişkin aile baskıları ve doğurganlığın önemi, geleneksel ve dini açıdan muhafazakâr toplum, cinsel yanlış inançlar, ağrı, yaralanma veya kontrol kaybı korkuları, yakınlık korkusu ve cinsel organlar, utanç/suçluluk duyguları, sesler ve salgılarla ilgili iğrenme gibi çoklu etkenler kadını vajinismus geliştirmeye yatkınlaştırır.

Reissing, Binik ve arkadaşları (2004) jinekolojik ve fizik tedavi muayenelerinden geçen vajinismuslu kadınların, dispareni/PVD'si olan ve ağrısı olmayan kadınlardan oluşan eşleştirilmiş kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde daha savunmacı ve kaçınmacı davranışlar sergilediğini göstermiştir. Klaassen ve ter Kuile (2009) vajinismuslu kadınların dispareni olan ve kontrol grubundaki kadınlara kıyasla vajinal penetrasyonla ilgili daha olumsuz değerlendirmeler (ağrıyı felaketleştirme) bildirdiklerini bulmuştur.

Bu bulgular, vajinismuslu kadınların vajinal penetrasyondan daha fazla korktuklarını ve vajinal penetrasyona ilişkin spesifik korkularına yanıt olarak kaçınmacı başa çıkma stratejileri kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Reissing, Binik ve ark., 2004).

Korkuya ek olarak, iğrenmenin de vajinismusun etiyolojisinde ve sürdürülmesinde önemli bir duygusal faktör olduğu öne sürülmüştür. Korku ve iğrenme uyandıran cinsel uyarılara maruz kaldıklarında vajinismuslu kadınlar şu tepkileri vermiştir



Vajinismus; korku-kaçınma modeli (Reissing, 2009; ter Kuile, Both ve van Lankveld, 2010; Vlaeyen ve Linton, 2000)

Korku-kaçınma modeli, hem vajinismusun nedenini ortaya koymakta hem de tedavi için korku ve kaçınmaya meydan okumanın ve dolayısıyla olumsuz değerlendirmelerle yüzleşmenin ve bu yüzleşmede korkulacak ve kaçınacak bir şey olmadığını göstermek açısından bir içerik sumaktadır.

Fiziksel Muayene ve Değerlendirme

Himen ve vajinayla ilgili patolojiyi değerlendirmek için bir jinekolog tarafından hastaya özellikli bir jinekolojik fiziksel muayene yapılması önemlidir. Vajinismus hastalarına yapılacak fiziksel muayene ve değerlendirme özel olarak yapılandırılmış olan “eğitsel pelvik muayene” olarak adlandırılır. Muayene tipik olarak vulva ve vajina girişi dahil olmak üzere dış genital organların incelenmesini içerir. Bu muayene hasta için genitalleri konusunda bilgilenme, genitallerine dokunarak bağ kurmayı ve terapist için de cinsel birleşmeyi engelleyen fiziksel nedenlerin varlığı hakkında yeterli bilgi sağlar.

Psikolojik Muayene ve Değerlendirme

Psikolojik kaygıların tedavi öncesinde değerlendirilmesi gerekir. Bu konudaki araştırmalarda vajinismuslu kadınların psikolojik uyumlarının azaldığına dair bir kanıt olmamasına rağmen (Lahaie, Boyer ve ark., 2010; van Lankveld ve Granot ve ark., 2010), tedavi edilmemiş travma, duygusal bozukluklar, önemli çift çatışması veya bir eşin cinsel sorunu gibi sorunlar genel olarak tedaviyi ve özellikle maruz bırakma terapisini engelleyebilir.

Bu amaçla yapılandırılmış bir klinik psikolojik görüşme ve standart öz bildirim anketlerinin kullanımı, birincil psikolojik veya ilişkisel kaygıları ele almak ve değerlendirmek gerekir.

Vajinismus olan hastaların bilgi işleme tarzları özellikle de felaketleştirici bilişler, bu bilişlerin yarattığı aşırı uyarılma ve kaçınma davranışları ele alınır. Pelvik taban kas reaktivitesi ve vazovagal senkop, baş dönmesi ve kötü hissetme gibi bir dizi özel durum değerlendirilir.

Genital-Pelvik Ağrı/İçeri Girme Sorunu ve Vajinismus Tedavisi

GPA/İGS ve vajinismus için tıbbi nedenler nadiren tanımlansa da (Lahaie, Boyer ve ark., 2010), uzun süreli vajinismus sorunu yaşayan hastaların hikayelerine bakıldığında günümüzde tedavi uygulamaları arasında faydası olmayan hatta hastanın kötüye kullanıldığı birçok yaklaşım görülecektir (Kısa 2010). Bu birçoğu faydasız olan yaklaşımlar arasında kızlık zarını çıkarmak veya vajinal girişi genişletmek gibi cerrahi müdahaleler, botulinum toksini enjeksiyonları (Pacik ve Geletta, 2017), topikal anestezik kremlerin uygulanması ve anksiyolitik ilaç kullanımı yer almaktadır. Bu uygulamalara yönelik olumlu sonuçlar vaka sunumlarıyla sınırlıdır (Maseroli, Scavelli ve ark., 2018).

Psikolojik Tedaviler

GPA/İGS ya da vajinismus hastalarının bırakın yaşadıkları sorunla ilgili bilgi sahibi olmalarını çoğu hasta kendi anatomi ve fizyolojilerine o kadar uzaktır ki kendi bedenine bakmaktan bile tedirgin olur (Kısa 2010). Bu nedenle de tedavinin başlangıcında hastaların yardım arayışlarını desteklemek, ağrı deneyimlerini onaylamak, ağrının gizemini birlikte çözmek, anksiyeteyi ele almak, cinsellik ve genital bölgeyi keşfetmek, cinsel birleşmeyi amaçlamamak, cinsel birleşme konusunu kadın denetimine bırakmak ve cinsellikten önce gerçekten ilişkinin sevgi ve duygusallık çerçevesini zenginleştirecek etkileşimler temel amaçlar olmalıdır (Fertel, Meana ve Maykut 2020).

Psikolojik tedaviler nefes ve kas gevşeme egzersizleri, anksiyeteyi azaltma egzersizleri, cinsellik, cinsel anatomi ve cinsel birleşme konusunda cinsel eğitim, cinsel yanlış ilaçları ele almak, bilişsel yeniden yapılandırma, çiftin duygusal ilişkisinin yeniden yapılandırma, duyumlara odaklanma egzersizleri ve vajinal penetrasyona kademeli olarak maruz bırakma tekniklerini içerir.

Vajinismus tedavisiyle ilgili literatür incelendiğinde çok farklı yaklaşımların olduğu ve bu yaklaşımlarla ilgili bilimsel kanıtların tatminkar olmadığı ya da vaka raporlarından ibaret olduğu görülecektir. Vajinismus konusunda ilk randomize kontrollü çalışma, grup veya bibliyoterapi formatında bilişsel-davranışçı (BDT); tedavi edilen katılımcıların %18'i başarılı bir şekilde cinsel birleşme girişiminde bulunmuştur (van Lankveld ve ark., 2006). Benzer bir çalışmada da bu oran %34 bulunmuştur (Zarski, Berking, ve ark., 2017). Bu çalışma sonuçlarının tatminkâr olmaması üzerine son zamanlarda özellikle de ter Kuile ve arkadaşlarının klinik ortamda geliştirdiği “terapist eşliğinde uzun süreli maruz bırakma tedavisi”nin oldukça özgün ve sonuçlar açısından etkili olduğu bildirilmiştir (ter Kuile ve Reissing 2020).

Bu çalışmaların neredeyse hepsi cinsel sorunun üstesinden gelmeye yani cinsel birleşmenin sağlanmasına yönelik olarak tasarlanmıştır. Çiftin duygusal ilişkisini (romantizm) ve cinsel doyumunu (erotizm) öncelikli olarak tedavi programına dahil etmeyen bu çalışma sonuçları, sorun çözüme kavuşmuş gibi görünse de yani cinsel birleşme sağlanırken cinsel ilişkiden alınan doyumun yeterli olmadığı konusu tedavinin amacının farklılaşması gerektiğini bize gösterir.

İn vivo Uzun Süreli Maruz Bırakma Tedavisi

ter Kuile ve arkadaşları tarafından korku-kaçınma modeli ve daha önceki tedavi deneyimlerine dayanarak uzun süreli, terapist destekli bir maruz bırakma tedavisi geliştirilmiştir. Maruz bırakma seansları haftada en fazla 2 saatlik üç seansı içermekte olup, hasta tarafından hastanede gerçekleştirilmiş, vajinal penetrasyon egzersizleri (kendi parmakları, dereceli dilatörler, tampon), bir kadın terapist tarafından kolaylaştırılmış ve evde egzersizlerle takip edilmiştir. Yaşam boyu vajinismus olan 70 kadını içeren çok merkezli, bekleme listeli bir randomize kontrollü bir çalışmada katılımcıların %89'u cinsel birleşmeye girebilmiş ve olumsuz penetrasyon inançlarında ve cinsel sıkıntılarında azalma olduğunu bildirilmiştir (ter Kuile, Melles ve ark., 2013).

Yapılandırılmış uzun süreli maruz bırakma terapisi algoritması:(1) vajinismus hakkında bilgilendirme 2) Eğitsel Genital Muayene 3) uzun süreli maruz bırakma tedavisinin mantığı (korku-kaçınma modeli anlatılarak, (4) maruz bırakma terapisi sırasında neler bekleneceği hakkında bilgi, (5) ev ödevi egzersizlerinin niteliği ve sıklığı, (6)

Partnerin tedaviye katılımı ve evdeki egzersizlere aktif katılımı ve (7) maruz bırakma sırasında kullanılmak üzere korku ve gerginlik uyandıran vajinal penetrasyon uyaranları hiyerarşisinin geliştirilmesi (Tampon, parmak, dilatator ve evde hareketli ve hareketsiz penis uygulamaları gibi).

Sonuç

GPA/İGS ya da vajinismus günümüzde duygusal ve cinsel ilişkilerde doyumu olumsuz etkileyen önemli bir cinsel sorunlardır. Bu yazıda hem konu ile ilgili literatürün geniş bir taraması yapıldı. Özellikle de bu alanda uzun süreli çalışan korku-kaçınma modelinden hareketle terapist eşliğinde (klinikte ya da hastanede) ya da terapist yönlendirmeli evde uzun süreli maruz bırakma yöntemlerini geliştiren ter Kuile ve arkadaşlarının çalışmalarından yararlandım.

Vajinismusun ya da günümüzdeki ismiyle GPA/İGS yeni bir bakış açısıyla korku-kaçınma modeline göre duruma bağlı gelişen bir cinsel birleşme fobisidir. Sosyal fobi ya da özel fobiler, mesela kedi fobisine benzer şekilde bir nesne / bir durum fobisi olduğu, buradaki durumun ise cinsel birleşme olduğu kavramsallaştırılması biçimindeki bir öneri klinik uygulamanın ve tedavini tarzını yeniden yapılandırıyor.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). Ruhsal bozuklukların tanısı ve istatistiksel el kitabı (DSM-IV-TR, 4 baskı). Washington, DC: Yazar
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal bozuklukların tanısı ve istatistiksel el kitabı (DSM-5, 5. baskı). Washington, DC: Yazar.
- Bergeron, S., Rosen, N.O., Pukall, C.F. ve Corsini-Mint, S. (2000). Genital Pain in Women and Men. Part I, 8. Chapter. Principles and Practice of Sex Therapy. Six edition. Edited by: Hall, K.S.K. ve Binik, Y.M., Guilford Press. New York 2020.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2019). Hastalıkların uluslararası istatistiksel sınıflandırması ve ilgili sağlık sorunları (11. rev.). Cenevre, İsviçre: Yazar.
- Binik, Y. M., ve Meana, M. (2009). Seks terapisinin geleceği: Uzmanlaşma mı marjinalleşme mi? Archives of Sexual Behavior, 38, 1016-1027.
- Binik, Y. M. (2010). Vajinismus için DSM tanı kriterleri. Archives of Sexual Behavior, 39(2), 278-291.
- van Lankveld, J. J., Granot, M., Weijmar Schultz, W., Binik, Y. M., Wesselmann, U., Pukall, C. F., ve Achtrari, C. (2010). Kadınlarda cinsel ağrı bozuklukları. Journal of Sexual Medicine, 7, 615-631.
- Christensen, B. S., Gronbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., ve Frisch, M. (2011). Danimarka'da cinsel işlev bozuklukları ve zorluklar: Yaygınlık ve ilişkili sosyodemografik faktörler. Archives of Sexual Behavior, 40, 121-132.
- ter Kuile, M. M., Melles, R. J., de Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., ve van Lankveld, J. J. D. M. (2015). Yaşam boyu vajinismuslu kadınlar için terapist destekli maruz bırakma: Tedavi sonucunun aracıları ve moderatörleri: Randomize bir bekleme listesi kontrol denemesi. Journal of Sexual Medicine, 12, 1807-1819.
- Koops, T. U. ve Briken, P. (2018). Kadın cinsel işlev endeksi ile değerlendirilen kadın cinsel işlev zorluklarının ve cinsel ağrının yaygınlığı: Sistemik bir inceleme. Journal of Sexual Medicine. Nov;15(11):1591-1599
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C., ve Apfelmacher, C. (2016). Premenopozal kadınlar arasında kadın cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığı: gözlemsel çalışmaların sistemik bir incelemesi ve meta-analizi. Sexual Medicine Reviews, 4(3), 197-212.

- Doğan, S. (2009). Bir Türk klinik örnekleminde vajinismus ve eşlik eden cinsel işlev bozuklukları. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 184–192.
- Öniz, A., Keskinoglu, P., ve Bezircioğlu, İ. (2007). Premenopozal Türk kadınları arasında cinsel sorunların yaygınlığı ve nedenleri. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1575-1581.
- Özdemir, Ö., Şimşek, F., Özkardeş, S., İncesu, C., ve Karakoç, B. (2008). Türkiye'de Tamamlanmamış Evlilik: Bir cinsel işlev bozukluğu kliniğinde sıklığı ve klinik özellikleri. *Journal of Sex ve Marital Therapy*, 34, 268-279.
- Lahaie, M. A., Boyer, S. C., Amsel, R., ve Khalifé, S., ve Binik, Y. M. (2010). Vajinismus: Sınıflandırma/tanı, etiyoloji ve tedavi üzerine literatürün gözden geçirilmesi. *Women's Health*, 6, 705-719.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., ve Amsel, R. (2004). Vajinal spazm, ağrı ve davranış: Vajinal spazm tanısı üzerine ampirik bir araştırma. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 5-17.
- Klaassen, M., ve ter Kuile, M. M. (2009). Vajinismus ve disparenonisi olan bir kadın örnekleminde Vajinal Penetrasyon Biliş Anketi'nin (VPCQ) geliştirilmesi ve ilk doğrulanması. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1617-1627.
- Reissing, E. D. (2009). Vajinismus: Değerlendirme ve yönetim. A. T. Goldstein içinde, C. F. Pukall, ve I. Goldstein (Eds.), *Kadın cinsel ağrı bozuklukları: Değerlendirme ve yönetim* (s. 229-234). Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.
- ter Kuile, M. M., Both, S., ve van Lankveld, J. J. (2010). Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları için bilişsel-davranışçı terapi. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 595-610
- Vlaeyen, J. W. S., ve Linton, S. J. (2000). Kronik kas-iskelet sistemi ağrısında korkudan kaçınma ve sonuçları: Tekniğin son durumu. *Pain*, 85, 317-332.
- Kısa C. (2010). *Kadın Bedeninin Cinselliği Reddedişi: Vajinismus Cinsel Terapi Elkitabı*. Ck Yayınları. Ankara.
- Pacik, P. T., ve Geletta, S. (2017). Vajinismus tedavisi: 241 hastanın takip edildiği klinik çalışmalar. *Sexual Medicine*, 5, e114-e123.
- Maseroli, E., Scavello, I., Rastrelli, G., Limoncin, E., Cipriani, S., Corona, G., ve Vignozzi, L. (2018). Vajinismus için tıbbi ve psikoseksüel müdahalelerin sonuçları: Sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Journal of Sexual Medicine*, 15, 1752-1764.

Fertel, E., Meana, M. Ve Maykut, C. (2020). Ağrılı Cinsel Birleşme: Genital-Pelvik Ağrı/İçe Girme Sorunu.Sistemik Seks Terapi. Third edition. Edited by. Hertlein, K.M., Gambescia, N. ve Weeks, GR. Routledge Taylor and Francis Group.New York. USA. 2020.

van Lankveld, J. J., ter Kuile, M. M., de Groot, H. E., Melles, R., Nefs, J., ve Zandbergen, M. (2006). Yaşam boyu vajinismus yaşayan kadınlar için bilişsel-davranışçı terapi: Randomize bir bekleme listesi kontrollü etkinlik denemesi. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 168-178.

Zarski, A. C., Berking, M., Fackiner, C., Rosenau, C., ve Ebert, D. D. (2017). Vajinal penetrasyon zorlukları için internet tabanlı bir kendi kendine yardım: Randomize kontrollü bir pilot çalışmanın sonuçları. *Journal of Sexual Medicine*, 14, 238-254.

ter Kuile, M.M. ve Reissing, E.D. (2020). Life long Inability to Experience Intercourse (Vaginismus). Part I, 9. Chapter. Principles and Practice of Sex Therapy. Sixth edition. Edited by: Hall, K.S.K. ve Binik, Y. M.Guilford Press New York. USA. 2020.

ter Kuile, M. M., Melles, R., de Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., ve van Lankveld, J. J. (2013). Yaşam boyu vajinismus olan kadınlar için terapist destekli maruziyet: Randomize bir bekleme listesi kontrollü etkinlik çalışması. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 1127–1136.

VAKA SUNUMLARI

1. Vaka: Yaşam Boyu Cinsel Birleşmeyi Sağlayamama: Bir Vajinismus Vakası

Esin 26 yaşında, lise mezunu, kadın, 3 yıldır evli, bir alışveriş merkezinde tezgahtar olarak çalışıyor. Eşi Veli 27 yaşında, lise mezunu o da aynı işyerinde kasiyer olarak çalışıyor. Çalıştıkları işyerinde tanışmışlar, 3 aylık kısa bir nişanlılık döneminden sonra evlenmişler. İkisi de büyük bir şehirde merkez semtlerde büyümüşler. Partnerler arasında etnik, inanç ve kültürel anlamda bir farklılık yok. Bir apartman dairesinde kirada birlikte yaşıyorlar.

Terapiste gelmesi hastanın ısrarı/zorlamasıyla oldu. Eşiyle birlikte geldiler. Eşi refakat etti, ama isteksizdi. Temel yakıması “Korkuyorum”, “bacaklarımı açamıyorum” bu nedenle “cinsellik olmadı”.

Yakınmasının hikayesine bakıldığında, danışan evlendikleri ilk gece adet görüyormuş, bu nedenle sadece dokunma ve öpüşme olmuş. “Bir sorun yoktu. Çok rahattım. Adet dönemi bittikten sonra gece oldukça tedirgin olmaya başladım. Eşim iç çamaşırını çıkardığında çok korktum ve başka bir odaya gittim. Evliliğin ilk günlerinde ve aylarında biraz girer gibi oldu, geriliyorum, kendimi çekiyorum, rahat olamıyorum. İlişki olmadı ama o dönemde olur gözüyle baktım. Eşim, her seferinde cinsel organımı bacaklarımın arasına getirince ve içeri girmek için üsteleyince kendimi geri çektim ve ağladım. Bu durum devam edince birkaç ay sonra bacaklarımı açamaz oldum. Vücudumun çeşitli bölgelerinde kasılmalar oluyor, bacaklarım kendiliğinde kapanıyor, korku, titreme, terleme, bulantı ve kusma hissi oluyor. Artık çok tedirginim ve hemen parlıyorum. İlk başlarda bu sorun kendiliğinden geçecek diye düşünürdüm. Bu dönemde evli bir kız arkadaşına danıştım, cinsellikle ilgili kitaplar okudum ama bir faydası olmadı. Özellikle gece olunca geriliyorum, tekrar aynı şeyler yaşanacak ve gerildikçe daha fazla kasılıyorum. Bir yıldır cinsellik dışındaki duygusal ilişkimiz de etkilendi. Eşim hemen öfkeleniyor. Eskiden ona sarılırdım. Şimdi çekiniyorum. Hemen içeri girmek istiyor. Artık bacaklarım açılmıyor. Eşıme sorunları için doktora gitmeleri gerektiğini söyledim. Her defasında azarlandım. Bunun üzerine ya benimle doktora gelirsin ya da boşanırım dedim”. Çift bu şekilde tedavi arama serüvenine başladı. Bunları yaşarken ne hissediyorsun, vücudunda neler oluyor ve zihninden neler geçiyor?

Hasta, “Aslında acı duygusu değil, sanki bu organ içime girmeyecek gibi bir düşünce oluyor. Kızlık zarım bozulacak. Daha cinsel organı içime alamıyorum. Bu halimle nasıl doğum yapacağım”. Şeklinde endişelerim oluyor. Bunu üzerine hasta başvurusu çok yoğun olan bir hastanede kadın doğum uzmanına gittim. İçime girmesine engel olan bir şeyler mi var diye, muayeneye izin vermedim, o da dışardan bakayım dedi ben ona da izin vermeyince beni gönderdi”.

Hastanın cinsellik, cinsel anatomi ve cinsel etkileşimlere yönelik duyumları değerlendirildi. Öpüşme/tükrük (+), çıplaklık (?), sevişme (+), cinsellikten konuşmak (-), genital bölge (?), menstruasyon (+), vaginal sıvılar (+), sperm (-), masturbasyon (+), oral/genital ilişki (-), cinsel birleşme (-), karşılıklı masturbasyon (-), elle orgazm (-) ve cinsel fantezi (+?).

Çiftin şu andaki cinsel etkileşimleri, hasta için gece demek “aynı şey yine tekrarlanacak demek” çok gergin ve yorgun hissediyor. Bütünüyle soyunmuyorlar. Dokunma-dokunulma, soyunma ve sevişmekten kaçınıyor (aynı şekilde sonlanacak kaygısı var). Oral ilişki yok, anal ilişki yok. Eşinin kendisine yardımcı olmadığını düşünüyor. Bu nedenle cinsel ilişki dışındaki ilişkileri de etkilenmeye başlamış. Her gece bir eziyet olarak gördüğü cinsel birleşme girişimlerine maruz kalıp aynı sıkıntıları yaşamamak için kısa süren bir dokunma-öpüşmenin ardından aceleyle eşin cinsel organını bacaklarıyla kavırıyor, boşalmasını sağlıyor. Eşi boşaldıktan sonra bu kronik duruma maruz kalmayacağını bildiğinden hasta o gün için rahatlıyor.

Özgeçmiş ve aile öyküsüne bakıldığında, eşlik eden herhangi bir tıbbi ya da psikiyatrik hastalık öyküleri yoktu. En küçük çocuk, üç kız ve bir erkek kardeşler. Evde cinsellik hiç konuşulmazmış. En büyük ablanın da benzer bir durum yaşadığını söyledi. İlişkisinde yaşadığı bu sorunları kardeşleriyle hiç konuşmamış. Hasta 12 yaşında iken ablası evlendiğinde ablası için erkek tarafı “kızınız kendisini kime saklıyorsa alın ona verin demişler” buna çok üzölmüş. O zaman bunu tam anlayamamış. Bu ablası hastanın evlendikten sonra durgunlaştığını görünce bir sorun mu var diye sormuş? Hasta, yok demiş.

Hastanın özgeçmiş öyküsünde yapılandırılmış bir cinsel eğitim yok. Evlenene kadar fantezi kurmamış ve masturbasyon yapmamış. Ortaokul yıllarında göğüsleri büyümeye başladığında cinsel isteğinin farkına varmış. Bu cinsel istekle ne yapacağını bilememiş ve oldukça tedirgin olmuş. Dini inançlarının cinsel gelişimine fazla etkisi olmadığını düşünüyor. Eskiden cinsellik hakkında konuşulan ortamlarda durmazmış. Evlendikten sonra evli arkadaşlarının önerisiyle ilk kez masturbasyon yapmaya başlamış.

Açıklığa izin verilen bir aile olduklarını belirtiyor. Anne sık sık “kendinizi kocanıza saklayın, yabancı tuvaletleri kullanmayın hamile kalırsınız” şeklinde öğütlerde bulunurmuş 13 yaşında ilk adetini görmüş.

Adet göreceği ile ilgili bilgisi varmış. İlk üç ay anne-babasından saklamış, “kötü bir şey gibiydi” utanırdım diyor. Adet öncesi cinsel isteğinin arttığını söylüyor. Flört, cinsel oyun, dokunma, öpüşme yok. Bunların dışında direkt maruz kaldığı bir olumsuz duygusal ya da cinsel deneyim yok.

3 aylık nişanlılık döneminde öpüşme ve bütünüyle soyunmadan dokunma var. “O zaman çok rahattım” diyor. Cinsel yönden istekliymiş. Nişanlılık döneminde cinsel birleşme olmayacağını bildiği için rahat olduğunu söylüyor. Cinsellikten hep utanırmış, olumsuz tutumları varmış.

Eşinin, herhangi bir yakınması yok, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili olumsuz. Ancak terapiye geleceğini ve gerekenleri yapacağını söylüyor. Eşi ve aileler ile ilgili şu an ortada görünen bir problem yok. Bu sorun dışında aralarının iyi olduğunu söylüyor. Temel sorunu cinsel birleşmede ısrar etmesi ve “cinsel sorunlarının olduğunu yok sayması” diyor. Son birkaç aydır bu durum farklılaşmış. Birbirlerine öfkeleniyorlar ve ilişkileri bozulmaya başlamış.

Hastanın öfkelenmeye ve evlilik ilişkisinin bozulmaya başlaması nedeniyle eşi de çaresiz. Tam olarak ne yapması gerektiğine karar veremiyor.

Duygusal ve davranışsal olarak yaşanan süreç ve şu anki durum yeniden çerçevelenerek “korku-kaçınma modeli” üzerinde hastaya/çifte anlatıldı. Fiziksel nedenler ve farkında olmadığımız ya da farkındalığımızda olan bazı psikolojik sebeplerden dolayı cinsel birleşmeyi sağlayamama durumunun ortaya çıktığı, bu durumu yaşayan ve tedaviyle iyileşen birçok hasta olduğu söylendi.

Tedavi aşamasına başlamadan önce sormak ya da eklemek istediğiniz başka bir şey var mı? diye soruldu.

2. Vaka: Genital-Pelvik Ağrı / İçe Girme Sorunu

34 yaşında Ayşe, kadın ve öğretmen. Çocuk sahibi olma isteği ile başvurduğu kadın doğum hekimi tarafından yönlendirildi. Evliliği kendi anlatımıyla yarım kalmıştı ve tamamlanmamıştı. Zaten hayatım boyunca bir kadın olarak hiçbir bir zaman evliliğe hazır olduğunu düşünmemiş. İki yıl önce çalıştığı okulun yanındaki sağlık merkezinde tanıştığı erkek arkadaşının ısrarı üzerine evlenmişti. Eşi Barış, 32 yaşında ve doktor.

Yakınmasını cinsellik olmadı, aslında doğru bir şekilde olmadı diye tarifledi. Evlendikten sonra ilk iki hafta cinsel birleşme girişimleri olmamış. İlk iki haftanın sonunda artık olsun diye kendini ve eşini zorlayarak 2- 3 defa cinsel birleşme olmuş. “Ama şimdi çok ağrım var ve denemekten korkuyorum” diyor. Çok da önemli bir sorunlarının olmadığını ve cinsellik hayatında olmasa da evliliğini devam ettirebileceğini düşünüyordu. Eşi bu konuda çok da talepkâr değildi. Çocuk sahibi olmayı bir şekilde halletseler cinsellik olmasa da olur gibi bir düşünceleri olduğu için terapi ile ilgili kararsızlık yaşıyorlar.

Evliliklerinin İlk 4-5 ayda sayılı girişimlerle cinsellik yaşamaya başlarken, sınırlı soyunma, sınırlı konuşma ve karanlıkta cinsel birleşme deneme girişimlerinin başarısız olduğu, eşi vajinaya girmeye çalıştığında çoğu kez tedirgin olup kendini çektiğini ve bazen de vajinaya penisi aldığı ama çok ağrı ve korku yaşadığını söylüyor. Eşinin bu konuda çok talepkâr olmadığını evliliklerinin başından itibaren bu hassasiyetine duyarlı olduğunu ve kendini incitmek istemediğini söylüyor. Son zamanlarda birkaç defa cinsel birleşme konusunda kendini hazır hissettiğinde eşinin tedirgin olduğunu ve vajinaya girme aşamasında penisin sertleşmesini kaybettiğini ve vajinaya giremediğini belirtiyor. Son zamanlarda ağrı, korku ve eşinin sertleşme sorunu nedeniyle cinselliği denemekten vazgeçmişler. Çocuk sahibi olma motivasyonu ile tedavi serüvenleri başlamış.

Beş altı aydır da cinsel birleşme denemeleri artık yok. Duygusal ilişkileri de giderek cinsellik yaşamak yerine daha çok ebeveynlik rolleri üzerin evriliyor. Eşi Barış, ilk başlarda bende bir sorun yoktu. İstekli ve kolayca sertleşiyordum. Sevişmeyi hep eşim sınırlıyordu, yavaşlatıyordu, kontrol ediyordu. Hazır olduğumda vajinaya girmeye çalıştığında daha çok bacak arasında olmak üzere bütün bedeni kasılıyordu. Vajinaya birkaç defa girdim o zaman da çok ağrıdığını söyledi. Ben aslında çok hassas biriyim bu yaşanan sorunlar beni etkiledi. Bu nedenle her zaman olmasa da arada bir sertleşme sorunu yaşadığını bildirdi.

Kadın partner sorunun üstesinden gelmek için çok istekli değil ve sadece çocuk sahibi olmak istiyor. Erkek hem cinselliğini yaşamak hem de "doğal yoldan" çocuk sahibi olmak istiyor. Ama yine de eşim nasıl istiyorsa öyle yaparız diyor.

Bu vaka birkaç defa ağırlı vajinal giriş deneyimi yaşamış bir kadın. Yaşadıkları bu soruna ek olarak erkek partnerde de sertleşme bozukluğu ortaya çıkmış. Çiftin tedavi motivasyonu sorunu çözmekten öte daha çok nasıl çocuk sahibi olabilecekleri şeklindeydi.

Ayşe öncesinde bir pelvik-genital muayene yaptıramamıştı. Hatta diş çekimi ya da tedavi içi iğne yapılması gerektiğinde bunları yaptırmadığını bugüne kadar tahlil için kan dahi vermediğini söylüyor. Kendisi için fiziksel muayenenin mümkün olmadığını, vajinasında fiziksel bir engel olduğuna ve vajinasının cinsel birleşme için çok küçük olduğuna inanıyordu.

Hastanın fizik muayenesi bu konuda deneyimli bir kadın doğum uzmanı tarafından haricen genital organlarının görsel olarak incelenmesiyle yapıldı ve bir sorun yoktu. Bu konuda deneyimli bir kadın doğum uzmanı tarafından muayeneyi beklerken oldukça endişeliydi. "Eğitsel pelvik muayene" sürecinin açık bir şekilde anlatılmasıyla rahatladi ve pelvik taban kas gerginliği azalmıştı. Bu değerlendirme ve formülasyon sürecinden sonra çift tedavi programına dahil edildi.

3. Vaka: Çiftin yaşadığı Genital-Pelvik Ağrı / İçe Girme Sorunu mu? Eş reddi ya erkek cinsel işlev sorunu mu?

26 yaşında, erkek, din görevlisi Ali. Eşi Zehra 24 yaşında, ana okulu öğretmeni. Her ikisi de dini inanç bağlamında oldukça muhafazakâr ailelerde büyümüştü. Öncesine ait ikisinin de duygusal ve cinsel deneyimleri yoktu. Aileleri bir dini grubun içinde etkin rollere sahip. Bu evlilik danışanlarımıza sorulmadan babalarının karar vermesi üzerine gerçekleşmişti.

Çıkma ve nişanlılık dönemi olmadan tanıştırıldılar ve dört ay önce bir hafta içinde evlendirildiler. Zehra ilk günden itibaren eşinin kendine dokunmasına dahi izin vermedi. Ayrı bir odada kalıyorlar ve ayrı yerlerde duş alıyorlar. Eşinin yanında soyunmuyor. Ben böyle yetiştirildim. Alışmak için zamana ihtiyacım var diyordu.

Eşi Ali, evliliklerinin üçüncü ayından itibaren artık bu şekilde devam edemeyeceğini söyleyerek Zehra'yı zorlamaya başlamış. Zehra bu yaşananlardan sonra bir terapistte gitmeleri gerektiğini söylemiş. Bu şekilde eşiyile birlikte tedaviye geldiler.

Çift yapılan görüşme, değerlendirme ve formülasyon sonucunda tedavi programına alındı. 4. seansta da çift olarak birlikte zaman geçirmek ve elbise üstünden dokunmaya dahi izin vermeyen Zehra ve Ali ile birer tane bireysel seans yapıldı. Bireysel seansta ilk seanstan şimdiye kadar vajinismus sorunun var diyen Zehra ne yapacağını bilemediği için bu şekilde bir yola başvurduğunu anlattı. Peki nedir gerçekte olan. Eşini sevmediğini ve babasını kırmadığı için evlendiğini, altı ay duygusal ve cinsel birliktelik yaşamadan aynı evde kalırım sonra boşanırım diye bir plan yaptığını söyledi.

Tıbbi nedenler bu şekilde ekarte edildi. Bu muayene vajinismus için “eğitsel pelvik muayene” olarak adlandırılır. Muayene tipik olarak vulva ve vajina giriş dahil olmak üzere dış genital organların incelenmesini içerir. Bu muayene hasta için genitalleri konusunda bilgilenme, genitallerinde dokunarak bağ kurmayı ve terapist için de cinsel birleşmeyi engelleyen fiziksel nedenlerin varlığı hakkında yeterli bilgi sağlar.

Psikolojik Muayene ve Değerlendirme

Hastanın psikolojik değerlendirmesinde cinsel bilgi düzeyi, korku ve anksiyete düzeyi, cinsel doyum düzeyi ve cinsellikle ilgili yanlış inançlar değerlendirildi. 1-10 arasında bir skala ile puanlandırıldı. Bu amaçla yapılandırılmış bir klinik psikolojik görüşme ve standart öz bildirim anketlerinin kullanımı, birincil psikolojik veya ilişkisel kaygıları ele almak ve değerlendirmek gerekir.

Vajinismus olan hastaların bilgi işleme tarzları özellikle de felaketleştirici bilişler, bu bilişlerin yarattığı aşırı uyarılma ve kaçınma davranışları ele alınır. Pelvik taban kas reaktivitesi ve vazovagal senkop, baş dönmesi ve kötü hissetme gibi bir dizi özel durum değerlendirilir.

Vajinismus Tedavisi

Bu vakada genellikle çalıştığım yöntem olan terapist yönlendirmesiyle “evde uzun süreli maruz bırakma tedavisi” programına alındı. Bu vakada uygulana tedaviler nefes ve kas gevşeme egzersizleri, anksiyeteyi azaltma egzersizleri, cinsellik, cinsel anatomi ve cinsel birleşme konusunda cinsel eğitim, cinsel yanlış ilaçları ele almak, bilişsel yeniden yapılandırma, çiftin duygusal ilişkisinin yeniden yapılandırma, duyumlara odaklanma egzersizleri ve vajinal penetrasyona uzun süreli ve kademeli olarak maruz bırakma tekniklerini içerir.

Bu tedavi programında cinsel birleşmenin sağlanmasının yanında cinsel doyumunda sağlanması amaçlanmıştır. İlk baştaki 2-3 seans tamamen vajinaya giriş teşebbüslerinin ve cinsel birleşmenin ertelendiği ve duyumlara odaklanma egzersizleriyle cinsel doyumun sağlanmasına yönelik olarak tasardı. Çiftin duygusal ilişkisini (romantizm) ve cinsel doyumunu (erotizm) öncelikli olarak tedavi programına dahi edilmesi terapötik ittifakı tedavi uyumunu güçlendirmektedir.

Yapılandırılmış uzun süreli maruz bırakma terapisi algoritması:

1)Vajinismus hakkında bilgilendirme

2)Eğitsel Genital Muayene

3)Uzun süreli maruz bırakma tedavisinin mantığı (korku-kaçınma modeli anlatılarak,

4)Maruz bırakma terapisi sırasında neler bekleneceği hakkında bilgi,

5)Ev ödevi egzersizlerinin niteliği ve sıklığı, (Evde yapılan egzersizler sırasında aşamalı adımlar (a) dilatatör ya da parmaklarıyla kademeli vajina giriş egzersizleri (bir, iki veya üç); (b) penetrasyon olmadan ereksiyon halindeki penisiyle vajina girişine dokunmak; (c) ereksiyon halindeki penisini itmeden sokmak; ve (d) penisini iterek sokmak),

6)Partnerin tedaviye katılımı ve evdeki egzersizlere aktif katılımı ve (7) maruz bırakma sırasında kullanılmak üzere korku ve gerginlik uyandıran vajinal penetrasyon uyaranları hiyerarşisinin geliştirilmesi (tampon, parmak, dilatator ve evde hareketli ve hareketsiz penis uygulamaları gibi).

SONUÇ

GPA/İGS ya da vajinismus tedavisinde amaç sadece cinsel birleşmenin sağlanması değil, duygusal bağın olduğu romantik ve erotik bir ilişki zemininde doyumlu cinsel birleşmenin sağlanmasıdır. Danışanla tedavi süreci konuşulduğunda, bu tedavi aşamasında duygusal ve cinsel ilişkilerde doyumu olumsuz etkileyen korku-kaçınma modelinin açıklanması, duyumlara odaklanma egzersizleri ve terapist yönlendirmesiyle evde yapılan uzun süreli maruz bırakma egzersizleri ve kademeli vajinaya giriş egzersizleri yapıldı.

VAJİNİSMUS VE PELVİK TABAN

Uzm. Fzt. Burçin Özyürek



Vajinismus, “kadının açıkça istemesine rağmen, penisin, parmağın veya herhangi bir nesnenin vajinal girişine izin vermede kadının sürekli veya tekrarlayan zorluklar yaşaması” şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca tanımlamada etkilenen kadınların sıklıkla cinsel ilişkiden kaçındığı, istemsiz pelvik taban kas kasılması yaşadığı, ağrı deneyimlediği, korku yaşadığı belirtilmektedir. (1)

Vajinismus tanısı koymak zor olabilir. Total vajinismuslu kadınlar vajinalarına herhangi bir objeyi penetre etmeyi tolere edemezken, parsiyel vajinismusta ağrı veya zorlukla penetrasyon gerçekleşebilir. Bazı durumlarda yaşam boyu (primer) olabildiği gibi bazı durumlarda ise normal bir seksüel fonksiyon sonrasında (sekonder) oluşabilir. Etiyolojik faktörleri ise çeşitlidir; partner durumu, psikolojik durum, istismar hikayesi, kültürel sebepler. Bu sebeple vajinismus için kesin tanı koymak yerine, hipertonic pelvik taban kasları (PTK), ağrı, anksiyete ve penetrasyon zorluğu belirtilerinin üst üste gelmesi ile oluşan klinik bir sendrom olarak nitelendirilmektedir. (1) Bu bölümde vajinismusun pelvik tabanla ilişkisi ve yönetimi konusunda bilgiler verilecektir.

Pelvik Taban

Pelvik taban, pelvisin tabanında yer alan, farklı katmanlarda bulunan kas ve fibröz dokulardan oluşan bir yapıdır. Birbirinden farklı kaslardan (levator ani, çizgili ürogenital sfinkter, dış anal sfinkter, ischiocavernosus ve bulbospongiosus) oluşsa da bu kaslar birlikte çalışıp kontraksiyon ve relaksasyon yeteneğini sürdürerek, işeme, dışkılama, cinsel fonksiyonlar, doğum ve nefes alış verişte yardımcı olurlar. (2)

PTK'nın fonksiyon bozukluklarının oluşturduğu semptomlar beş ana başlık altında toplanabilir; alt idrar yolu semptomları (Üriner inkontinans, Sık idrara çıkma, Yavaş, kesikli veya zorlanarak akış, Tam boşaltamama hissi), bağırsak semptomları (obstrüktif defekasyon, fonksiyonel konstipasyon, fekal inkontinans, rektal/anal prolapsuslar), cinsel disfonksiyonlar (disparoni/vajinismus, erektil/ejeksiyon bozuklukları, orgazmik bozukluklar), prolapsuslar ve ağrı. Bu semptomlardan da anlaşılabilir gibi, pelvik taban semptomları çoğunlukla tek organ sistemini değil çoklu organ sistemi ile ilgili bozuklukları içerebilir. (2)

Vajinismus ve PTK arasındaki ilişki erken dönemlerde yapılan EMG çalışmalarında ortaya konmuştur. Bir çalışmada, tehdit içeren video filmleri izletilen vajinismusu olan ve olmayan kadınların pelvik taban kas aktivasyonu artışı gösterdiği ve tehdit duygusu ile istemsiz pelvik taban kas kontraksiyonu arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sebeple vajinistik reaksiyonlar bir defans mekanizması sonucu oluştuğu, ek olarak sadece tehdit değil iğrenme ve negatif duyguların da aynı defansa yani istemsiz pelvik taban kas kontraksiyonuna yol açtığı belirtilmiştir. (1, 3) Çünkü PTK, limbik sistem ile etkileşimli olarak fonksiyonunu sürdürür, bu nedenle duygusal durumlara potansiyel olarak tepki vermektedir. (4) Yapılan bir vaka kontrol çalışmasında, vajinismuslu kadınlarda PTK'nın elektromiyografisi ve pudental sinir aktivitesinin değerlendirilmesi sonucu bazı nörofizyolojik anormallikler (kortikal somatosensory alanda ve bulbokavernoz reflekste aktivasyon artışı) bulunmuştur. Bu da vajinismusu olan kadınlarda merkezi sinir sistemi değişikliklerinin mevcut olduğunu göstermektedir. (5)

Literatürde sıklıkla uygulanan tedavi metodları; eğitim, danışmanlık, cinsel terapi ve bilişsel davranışsal tedaviler, desensitizasyon (duyarsızlaştırma), vajinal dilatör kullanımı, genel psikoterapi, bilişsel davranışsal tedaviler, hipnoterapi ve farmakolojik tedavilerdir. (6, 7) Ek olarak pelvik taban ve genital bölge anatomisi ve cinsel fonksiyon hakkında bilgilendirme, pelvik taban kas kontraksiyonu ve relaksasyonunu öğretme tekniklerinden yararlanılabilir. Desensitizasyon kapsamında farklı boy ve kalınlıkta vajinal eğitici dilatörler kullanılarak anksiyetenin kademeli olarak azaltılması hedeflenir. Bu uygulamadaki amaç, kadının cinsel organlarını kendi kendine keşfetmesi ve dilatörlerin yerleştirilmesiyle birlikte uygulanan gevşeme tekniklerini öğretmek kadının cinsel organlarıyla daha rahat olmasını sağlamaktır. Gevşeme teknikleri kapsamında, progresif gevşeme tekniklerinden yararlanılabilir; ayaklardan başlayarak sıra ile yukarı yönde kas gruplarının istemli kasılıp gevşetilmesi ile total bir gevşeme sağlanabilir. (1)

Pelvik Taban Kaslarını Değerlendirme Yöntemleri

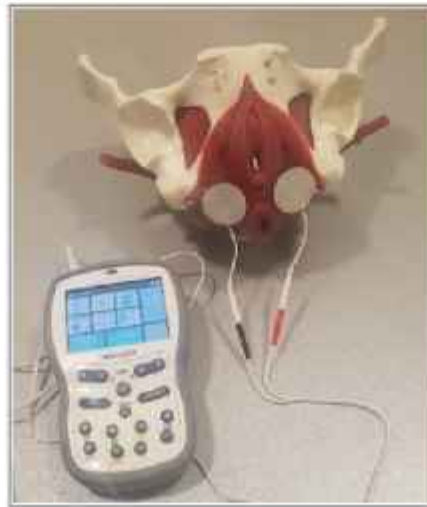
Pelvik taban disfonksiyonlarına ait semptomları doğrulamak ve ölçmek için bazı basit yöntemler (inspeksiyon gibi) de dahil olmak üzere bazı değerlendirme metodları bulunmaktadır. Pelvik taban kas fonksiyonunun nicelleştirilmesi, gerekli ölçüm tekniklerinin standartlaştırılmaması ve patolojik durumlara özel için kesme değerlerinin bulunmaması nedeniyle kolay değildir. (2)

İnspeksiyonda, patolojik ve medikal durumların yanında, pelvik taban kas fonksiyonu açısından hastanın kontraksiyon ve relaksasyon yeteneği gözlemlenir. Sözlü yönlendirme ile hastadan idrarını ya da gazını tutuyormuş gibi yapması veya asansör gibi yukarı yönde kaslarını sıkıp kaldırması istenebilir. Hareketin tam olarak etkin bir şekilde gerçekleşmesi için ventral ve kranial yönde kontraksiyon yapması istenir. İkinme sırasında, tüm perineal alanın (anüs, vulva ve perineal gövde) aşağı yönde yer değiştirmesi ve kontraksiyon sırasında tam tersi tüm perineal alanın yukarı yönde eleve olması beklenir. Öksürme sırasında ise, PTK'nın koruyucu refleksi devreye sokup aşağı yönde yer değiştirmemesi beklenir. Ayrıca izole pelvik taban kas kontraksiyonunda çevre kaslardan (transversus abdominis, gluteal ve addüktör kaslar) kompensatuar mekanizmaların devreye girmediği fakat, maksimal kas kontraksiyonunda sinerjik olarak da kasılabildiği gözlemlenir. (2)

Dijital palpasyon, istirahat, kasılma ve gevşeme sırasında PTK'yı ve çevresindeki alanları değerlendirmek için kullanılır. Eğer ağrılı tetik noktalar mevcut ise belirlenir. Uluslararası Kontinans Birliği'nin belirlediği kas fonksiyonu sınıflamasına uygun olarak değerlendirilen PTK tanımlanır ve ardından tedavi yöntemlerine başlanır (2).

Elektromiyografik biyofeedback, kaslardan gelen elektriksel aktivitenin yüzeyel elektrot veya prob yardımı ile bir monitöre yansıtılarak kişinin kontraksiyon ve relaksasyonu görebildiği bir yöntemdir. (Şekil 1) Böylelikle genital bölge kas farkındalığı artıp kendi kendine kas hareketini yönetmek kolaylaşabilir. Fizyoterapistler bu yöntemi hem değerlendirme hem de tedavi amaçlı pelvik taban kas egzersizleri ile kombine ederek süreçleri yürütmektedir. (1)

Ek olarak; basınç ölçümleri, ultrason ve MRI yöntemleri ile de kas fonksiyonu hakkında bilgi sahibi olunabilmektedir. (2)



Resim 1. Elektromiyografik biyofeedback ve yüzeyel elektrot kullanımı

Uluslararası Kontinans Birliği'ne göre pelvik taban kasları fonksiyonlarına göre dört başlık altında incelenmektedir. (2)

•Normal PTK: PTK'nın istemli ve istemsiz olarak kasılıp gevşeyebildiği durumdur. İstemli kasılma normal veya güçlü ve istemli gevşeme tamdır. İstemsiz kasılma ve gevşemenin her ikisi de mevcuttur. (2)

•Aşırı aktif PTK: PTK'nın gevşemediği veya örneğin işeme veya dışkılama sırasında fonksiyonel olarak gevşemeye ihtiyaç duyulduğunda bile kasılabileceği durumdur. Bu durum işeme sorunları, dışkılamada tıkanıklık veya dispareni gibi semptomlara ve istemli pelvik taban kası gevşemesinin olmaması gibi belirtilere dayanmaktadır. (2) Terminolojide "hipertonik kas" olarak da belirtilmektedir. Vajinismus sendromunda, pelvik kaslar bu sınıflandırmaya dahil edilmektedir. Reissing ve arkadaşları, vajinismus olan kadınların pelvik taban kas kuvvetinin sağlıklı kontrollere göre düşük olduğunu ve kas tonusunun yüksek olduğunu belirtmişlerdir. (8)

•Az aktif PTK: PTK'nın uygun olduğunda istemli olarak kasılamaması durumudur. Bu durum üriner inkontinans, anal inkontinans veya pelvik organ prolapsusu gibi semptomlara ve PTK'da istemli veya istemsiz kasılma olmaması gibi belirtilere yol açabilir. Terminolojide "hipotonik kas" olarak da belirtilmektedir. (2)

•Fonksiyonel olmayan PTK: PTK hareketinin palpasyon ile hissedilmediği bir durumdur. Bu durum herhangi bir pelvik taban semptomuna ve kasılamayan veya gevşeyemeyen bir pelvik taban belirtisine dayanabilir. (2)

Fizyoterapi Yöntemleri

Pelvik taban bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda uzmanlaşan fizyoterapistler, cinsel fonksiyon bozuklukları ve pelvik ağrıda kas-iskelet sistemi bileşenlerini değerlendirme konusunda beceri sahibidir. Pelvik fizyoterapi yöntemlerinde amaç, kadınlarda miyofasiyal ağrı, vulvodini, dispareni ve vajinismus ile ilişkili hipertonik PTK'yı "down-training" veya "ters Kegel" yöntemleri ile rehabilite etmektir. Temel hedef, pelvik kaslarda relaksasyonu sağlamaktır. Bu amaçla; yüzeysel elektromiyografi ile kas tonusunu azaltmak, diyafragmatik solunuma odaklanmak, çeşitli nefes teknikleri ile diyafram ve pelvik taban kas aktivitesini sinerjik hale getirmek, penetrasyon anksiyetesini yönetmek, manual teknikler ve termoterapi ajanlarından yararlanmaktır. Ek olarak, gerilmiş veya spastik kasların miyofasyal tetik nokta gevşetmeleri, kalça rotatorlarını germe egzersizi ile kombine edilmektedir. (Resim 2) Böylelikle dinlenmedeki pelvik taban kas tonusu azalmakta, pelvik taban kas farkındalığı ve vajinal elastisite artmaktadır. (6, 7, 9)

Literatüre bakıldığında, vajinismusta vajinal kas spazmı bileşenine verilen önem dikkate alındığında pelvik taban fizyoterapisinin bu kadar kapsamlı araştırılmamış olması şaşırtıcıdır. (7) Fakat global olarak pelvik taban farkındalığı arttıkça vajinismus tedavisinde de pelvik fizyoterapiden yararlanılmaya başlandığı görülmektedir. (6, 7, 9-11) Penetrasyon ile ilişkili korku ve kaçınma davranışı gösteren yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda, maruz kalma terapisinin etkili ve kısa dönem tedavi olduğu belirtilmiştir. (10) Maruz kalma terapisi ise pelvik fizyoterapinin bir parçası olarak uygulanmaktadır. Burada amaç, beyinde nöroplastisite sayesinde yeni bir algı oluşturmaktır. Kadının “vajinamda bir şey var ve bu ağırlı değil” düşüncesi vücudun koruyucu kas reaksiyonuna ihtiyaç duymamasını sağlamaktadır. (11) Rosenbaum, vajinal penetrasyon ile ilgili ciddi problemleri ve yüksek anksiyetesi olan kadınların fizyoterapi tekniklerinden faydalanması için birkaç aşamalı bir yöntem önermektedir; önce anksiyeteyi azaltmak için terapi odasında relaksasyon teknikleri, ardından fizyoterapi yöntemleri (12). Işık C. ve Aslan E.’nin 2021 yılında randomize kontrollü olarak yaptığı bir çalışmada, kontrol grubuna rutin tedavi uygulanırken, deney grubuna ek olarak 4 seans pelvik taban kas relaksasyonu ve cinsel eğitim verilmiştir. Eğitim, motivasyon ve davranışsal beceri kapsamında, pelvik taban anatomisi, cinsel sağlık bilgisi, progresif gevşeme tekniği, pelvik taban relaksasyonu ve dilatör kullanımı gibi yöntemler uygulanmıştır. Sonuç olarak, deney grubunda cinsel fonksiyonların anlamlı olarak pozitif yönde etkilendiği bulunmuştur. (6) Kullanılan ölçeklerden biri olan “Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği” aynı zamanda anksiyeteyi de ölçen bir ölçektir. Dolayısıyla pelvik taban relaksasyonu ile azalan ölçek skoru, anksiyetenin de azaldığını işaret etmektedir. (6)

Reissing ve arkadaşları (11), 2004 ve 2009 yılları arasında kliniklerine başvuran yaşam boyu vajinismus olan kadınlara uyguladıkları fizyoterapi yöntemlerini ve sonuçlarını genel çerçevede belirtmişlerdir; ağrıya veya ağrı korkusuna rağmen kas gevşemesine yardımcı olacak pelvik taban egzersizleri, kademeli desensitizasyon ve alışkanlık. İlk seansta, diyagram, resim ve maketler eşliğinde pelvik taban, vulva ve vajinanın anatomisi, fizyolojisi ve ağrı mekanizması hakkında bilgi vermişlerdir. Ağrıya veya beklenen ağrıya karşı oluşan kas kontraksiyonunun koruyucu rolü olduğu, ağrının doku hasarı anlamına gelmediği, daha ziyade tehdit veya algılanan tehlikeyi iletmede yardımcı olduğu vurgulanmıştır. Eğitim seansından sonra ayna yardımıyla kadının göreceği şekilde perineal alana terapistin baskısı ve tolere edebildiği ölçüde vajinal giriş sağlanmıştır. Manual tekniklerle ağırlı tetik noktalar, miyofasyal gevşetme ve propriosepsiyon artışı sağlanmıştır.

Pelvik taban egzersizlerinde, kontraksiyon yerine kontraksiyon sonrası relaksasyon üzerine odaklanılmıştır. Elektromiyografik biyofeedback ile, kas kontraksiyonu ve relaksasyonu üzerine farkındalık geliştirilmiştir ve son olarak ağrılı durumlarda ağrıyı spinal kord seviyesinde inhibe etmek için Transkutanöz Elektrik Sinir Stimülasyonu uygulanmıştır. Ek olarak ev egzersizleri ile desteklenmiştir. Sonuçta fizyoterapi seanslarının kadınları olumlu etkilediği ifade edilmiştir.



Resim 2. Pelvis bölgesini gevşetmek için bazı germe egzersizleri

Sonuç olarak, vajinismus, kadınlarda pelvik taban kaslarının istemsiz kasılmaları ile karakterize ve duygu-semptom ilişkisinin şartlandığı durumlarda otomatik savunma tepkileri olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Kişisel faktörler, partner, çevre veya kültürel olarak tabu olması sebepleri ile oluşan bu durum kadını bir döngünün içine sokmaktadır. Bu amaçla bu döngüyü kırmak için, multidisipliner bir ekip içinde pelvik taban kas farkındalığı üzerinde de çalışmak faydalı ol. Gelecek çalışmalar için, sistemli bir metodoloji ile birlikte büyük örnekleme sahip çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Crowley T, Goldmeier D, Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus. *Bmj*. 2009;338.
2. Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*. 2005;24(4):374-80.
3. 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. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(4):395-408.
4. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *The journal of sexual medicine*. 2005;2(3):301-16.
5. Frasson E, Graziottin A, Priori A, Dall'Ora E, Didonè G, Garbin EL, et al. Central nervous system abnormalities in vaginismus. *Clinical neurophysiology*. 2009;120(1):117-22.
6. Işık C, Aslan E. The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: a randomized controlled study. *International Urogynecology Journal*. 2023;34(3):683-92.
7. Lahaie M-A, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health*. 2010;6(5):705-19.
8. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of sexual behavior*. 2004;33:5-17.
9. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International urogynecology journal*. 2014;25:1613-20.
10. Ter Kuile MM, Bulté I, Weijnenborg P, Beekman A, Melles R, Onghena P. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a replicated single-case design. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009;77(1):149.
11. Reissing ED, Brown C, Lord M, Binik Y, Khalife S. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2005;26(2):107-13.
12. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *Journal of sex & marital therapy*. 2005;31(4):329-40.





GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİINKOZ WEBINAR

GENİTAL BÖLGEDE HYALURONİK ASİT UYGULAMALARI

Tarih: 14 MAYIS 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
862 2289 5549
ŞİFRE: 12345



KONUŞMACI: Dr. Servet ÇALIKOĞLU



Affiliated Societies





GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİINKOZ WEBINAR

GENİTAL BÖLGE PRP UYGULAMA
ALANLARI, YÖNTEMLERİ

Tarih: 29 NİSAN 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
867 3449 5354
ŞİFRE: 12345



KONUŞMACI
Dr. Bureu Akdağ ÖZKÖK



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİINKOZ WEBINAR

Vajinoplasti-Vajen Relaksasyon Send

Tarih: 26 Mart 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
826 0347 8541
Parola: 12345



Konuşmacı:
Prof. Dr. Fısın VURAL



Jinekolojide Genital Bölgede
ACP (Yeni nesil PRP), SVF,
Kök Hücre Uygulama Alanları,
Sınırları, Yöntemleri

02 MAYIS 2024

SAAT: 20.30

MODERATÖR



Prof. Dr. Nida BAYIK
Jinkoz Dernek Başkanı

Toplantı Kimliği:
869 2360 3202
Şifresiz

KONUŞMACI



Dr. Didem KURBAN
Jinekolog, Cinsel Terapist, FECSM

Katılım Ücretsizdir.



greentech
BIOTECHNOLOGY



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİINKOZ WEBINAR

GENİTAL LAZER UYGULAMALARI

Tarih: 04 NİSAN 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
40 2123 7290
ŞİFRE: 12345



Konuşmacı:
Dr. Eser AĞAR



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİINKOZ WEBINAR

TVT-TOT

Tarih: 12 Mart 2024
Saat: 20.30

Zoom ID:
853 7292 3720
Parola: 12345

Konuşmacı:
Prof. Dr. Tayan İLHAN



24 EKİM 2023

SAAT: 20.30

TOPLANTI KİMLİĞİ

873 4360 0075



AYLIK TOPLANTI

PAROLA
386582

KOZMETİK JİNEKOLOJİDE MEDİKOLEGAL KONULAR

AÇILIŞ

JİINKOZ DERNEĞİ BAŞKANI
Prof. Dr. Nida BAYIK

KONUŞMACILAR

Jinkoz Derneği Yönetim
Kurulu Üyesi
Dr. Murat EMANETOĞLU

Muayenehaneler Derneği
Hukuk Müşaviri
Av. Verda ERSOY



KATILIM ÜCRETSİZDİR.



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

DOÇ. DR.
ERAY METİN GÜLER İLE BİLİMSEL
TOPLANTILARDA BİLDİRİ
HAZIRLAMA EĞİTİMİ

TTOG & JİINKOZ WEBINAR

28.11.2023
20.00

AÇILIŞ KONUSMASI:
JİINKOZ DERNEK BAŞKANI
PROF. DR. NİDA BAYIK

BİZE KATILINI!

ZOOM ID: 822 4790 8957
PAROLA: 12345



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİINKOZ WEBINAR

STRES ÜRİNER İNKONTİNANS

Tarih: 25 Şubat 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
814 365 05 323
Parola: 12345

Konuşmacı:
Prof. Dr. Nida BAYIK










TJOD MERSİN ŞUBESİ TÜBİD, PERİDER, JİNKOZ ORTAKLAŞA TOPLANTISI

11 ŞUBAT 2024, PAZAR

Mersin Üniversitesi

**JİNKOZ DERNEĞİ İÇ ANADOLU BÖLGE
TOPLANTILARI**

JİNKOZ DERNEĞİ KONYA TOPLANTISI





09/12/2023

OTURUM BAŞKANLARI: Doç. Dr. Feyzanur ÇİNTESUN,
Uzm. Dr. Yalçın AKSOY
CANLI CERRAHİLER: 13:30-17:00

10/12/2023

AÇILIŞ KONUŞMALAR: 09:20-09:40
TJOD Konya Şube Başkanı: Prof. Dr. Ali ACAR
Organizasyon Komitesi: Prof. Dr. Kaşım GEZGİNÇ
JİNKOZ Dernek Başkanı: Prof. Dr. Nida Bayık

OTURUM BAŞKANLARI: Prof. Dr. Emel Ebru ÖZCİMEN, Doç. Dr. Gökçe KULHAN, Dr. Öğr. Dr. Dilek HASAN ENERGEN
09:40-10:00: Genital iyileşim için bulaşıcı durum, hasta bakım formları: Murat Emmanetioğlu
10:00-10:20: Preoperatif değerlendirme, Postoperatif Bakım: Ali Uluğ
10:20-10:40: Kozmetik iyileşimlerde anatomik değerlendirme: Nida Bayık
KARNE ARASI

KONFERANS BAŞKANLARI: Prof. Dr. Kaşım GEZGİNÇ, Doç. Dr. Nite ERİÇ HOKRİSANOĞLU, Uzm. Dr. Nurullah SENGÜL
10:40-11:00: Uroloji: Dr. Murat Emmanetioğlu
11:00-11:30: Hüdoplasti: Dr. Murat Emmanetioğlu
11:30-11:40: Obiteratif ve Rekonstrüktif Vajin Cerrahisi, Vajinoplasti Teknikleri: -Faun Mural
11:40-12:00: Tarihçe
12:00-12:15: Vajin içi iyileştirme: Özgür Leylek
TENEKARASI

JİNKOZ






jinkozder

LIVE

WEBINAR

30 OCAK 2024
SAAT: 20.30

HPV'NİN GENİTAL SİĞİL KANŞER İLİŞKİSİ AŞILANMANIN ÖNEMİ

MODERATÖRLER



Prof. Dr. Nida BAYIK
JİNKOZ Dernek Başkanı
Nişantaşı Üniversitesi
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı



Prof. Dr. Ercan YILMAZ
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi
Malatya İnönü Üniversitesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum ABD Bölüm Başkanı

KONUŞMACI



Prof. Dr. Tayan İLHAN
YM Medical Park Jinekoloji Onkoloji
Departmanı Sorumlusu

TOPLANTI ID
822 2003 0319

PAROLA
149879




jinkozder

LIVE

WEBINAR

13 ARALIK 2023
SAAT: 20.30

Menopozun Genitoüriner Sendromunda Hyalüronik Asit Uygulamaları

MODERATÖRLER



Prof. Dr. Nida BAYIK
JİNKOZ DERNEK BAŞKANI



Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMİ

KONUŞMACI



TOPLANTI Kİ
8183 490



•LIVE•
WEBINAR

06 ARALIK 2023
SAAT: 20.30

VIDEO EŞLİĞİNDE JİNEKOLOJİDE LAZER UYGULAMALARI

AVANTAJLARI - HANDİKAPLARI

MODERATÖRLER



Dr. VOLKAN KURTARAN



Dr. NİDA BAYIK

KONUŞMACI



Dr. ESER AÇAR

TOPLANTI KİMLİĞİ
882 1449 0458

PAROLA
696261



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Mithat Özsan Amfisi, Adana

11 Kasım 2023, Cumartesi

14.15 - 15.30	Obstetrik Oturumu 2 <i>Oturum Başkanları: İrfan Kutlar, Deniz Cemil Arkan, Utkuhan Okuducu</i>	
	2. Trimester temel kardiyak değerlendirme ve fetal ekokardiyografi endikasyonları	Halis Özdemir
	Temel Merkezi Sinir Sistemi değerlendirmesi	Ezgi Turgut
	1. Trimester fetal ultrasonografi taraması	Deniz Cemil Arkan
	Plasenta Akreata Spektrum Ultrasonografik değerlendirmesi	İrfan Kutlar
	Tartışma	
15.30-16.45	Onkoloji Oturumu <i>Oturum Başkanları: Ali Ayhan, Şevki Gökşen Gökku, Hasan Turan</i>	
	Serviks ve endometriyum kanserlerinde fertilité koruyucu yaklaşımlar	Ali Ayhan
	Şüpheli adnexial kitlelerde yönetim (Minimal Invoziv / Open)	M. Faruk Köse
	Endometrial Hiperplazi – Kanser ilişkisi	Ganim Hatip
	Meme - Jinekolojik Kanserler ve Hormon ilişkisi	Hüsnü Çelik
	Tartışma	
16.45-17.00	Kahve arası	
17.00-18.15	Genital Estetik Kursu – JİNKÖZ Oturumu <i>Oturum Başkanları: Fısın Vural, Nelin Yeral</i>	
	Labioplasti – Hüdoplasti : Kime, Hangi Teknik?	Murat Emanetoğlu
	Genital bölge PRP ve türevleri, Mezoterapi ve Hyluronik Asit uygulamaları	Servet Çalıkoğlu
	Otolog fat transfer, Lipofilling uygulamaları, SVF	Nida Bayık
	Genital bölge lazer, radyofrekans uygulamaları	Eser Açar
	Tartışma	



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

DOÇ. DR.
ERAY METİN GÜLER İLE BİLİMSEL
TOPLANTILARDA BİLDİRİ
HAZIRLAMA EĞİTİMİ

TTÖG & JİNKÖZ WEBİNAR

28.11.2023
20.00

AÇILIŞ KONUŞMASI:
JİNKÖZ DERNEK BAŞKANI
PROF. DR. NİDA BAYIK

BİZE KATILIN!

ZOOM ID: 822 4790 8957
PAROLA: 12345



24 EKİM 2023

SAAT: 20.30

TOPLANTI KİMLİĞİ

873 4360 0075



•LIVE•
WEBINAR

AYLIK TOPLANTI

PAROLA
386582

KOZMETİK JİNEKOLOJİDE MEDİKOLEGAL KONULAR

AÇILIŞ

JİNKÖZ DERNEĞİ BAŞKANI

Prof. Dr. Nida BAYIK

KONUŞMACILAR

Jinkoz Derneği Yönetim
Kurulu Üyesi

Dr. Murat EMANETOĞLU

Muayenehaneler Derneği
Hukuk Müşaviri

Av. Verda ERSOY



KATILIM ÜCRETSİZDİR.



JİNKÖZ DERNEĞİ İÇ ANADOLU BÖLGE TOPLANTILARI

JİNKÖZ DERNEĞİ KONYA TOPLANTISI

09/12/2023

OTURUM BAŞKANLARI: Doç. Dr. Feyzanur ÇİNTESUN,
Uzm. Dr. Yalçın AKSOY
CANLI CERRAHİLER: 13:30-17:00

10/12/2023

ZİKKOZMETİK JİNEKOLOJİDE CERRAHİ DİŞİ
OTURUM BAŞKANLARI: Prof. Dr. Mustafa C
Üyesi Fatma KILIÇ, Dr. Öğr. Üyesi Emine T.
13:00-13:20 Genital bölge hyaluronik asit
Leylek



12:00 - 13:30

JİNKÖZ & TJÖD ORTAK OTURUMU - 1

Oturum Başkanları: RAHME NİDA BAYIK, ÖZGÜR
RİDVAN LEYLER

12:00 - 12:15 Genital Kozmetik İşlemler İçin
Anatomik Değerlendirme
Konuşmacı: ÖZGE YILDIRIM

12:15 - 12:30 Kozmetik Jinekolojide Hasta
Seçimi Değerlendirilmesi ve Onam Alınması
Konuşmacı: SİBEL ÜSTÜNEL

12:30 - 12:45 Preoperatif Hazırlık Post
Operatif Bakım
Konuşmacı: BORA COŞKUN

12:45 - 13:00 Vajinoplasti, Labioplasti
Konuşmacı: AHMET MURAT EMANETOĞLU

13:00 - 13:15 Kiltoris Update ve Kadın
Orgazm Fenomeni
Konuşmacı: SELCEN BAHAİR

15:15 - 16:45

JİNKÖZ & TJÖD ORTAK OTURUMU - 2

Oturum Başkanları: ZÜLFİKARÖĞÜLLÜ, BURCU YINIR

15:15 - 15:30 Genital Bölge Hyaluronik Asit
Uygulamaları
Konuşmacı: ZÜLFİKARÖĞÜLLÜ

15:30 - 15:45 Genital Bölgede Antiaging
Uygulamaları Mezoterapi, PRP
Konuşmacı: SERVET ÇALKIOĞLU

15:45 - 16:00 Otopog Yağ Kullanımı, Lipofilling
Uygulamaları, SVF Tedavisi
Konuşmacı: RAHME NİDA BAYIK

16:00 - 16:15 Genital Bölge Lazer,
Radyofrekans, HIFU Uygulamaları
Konuşmacı: ESER AÇAR

16:15 - 16:30 Genital Bölge İp-Asit
Uygulamaları
Konuşmacı: ÖZGÜR RİDVAN LEYLER



JİNEKOLOJİK KOZMETOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKSİYON DERNEĞİ

