

Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler

Sultan Doğan¹, Evrim Özkorumak²

¹Yrd.Doç.Dr., Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Tekirdağ, ²Uz.Dr., Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

ÖZET

Kadın cinsel işlev bozuklukları yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak görülen ilgi/istek bozukluklarını, uyarılma bozukluklarını, orgazm bozukluğunu, cinsel birleşme girişimi sırasında veya cinsel birleşme gerçekleştirildiğinde ortaya çıkan ağrı ve zorlanmayı içerir. Vajinismus, vajinanın dış üçte birindeki kaslarda cinsel birleşmeyi engelleyecek bir biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması olarak tanımlanmakla birlikte, günümüzde yapılan araştırmalar spazma olan vurguyu azaltarak, ağrı ve anksiyete varlığını öne çıkarmıştır. DSM-IV-TR'de ağrı bozukluğu olarak sınıflandırılmış olmakla birlikte, vajinismus tanısı koymak için bu tanı sisteminde ağrı şart değildir. Vulvar vestibülit sendromu (VVS) vestibüler bölgede şiddetli ağrı, hassasiyet ve eritemle karakterizedir. Premenopozal kadınlarda, disparoninin en sık nedeni olarak kabul edilmektedir. VVS'si olan, VVS olarak tanımlanmamış disparonisi olan ve vajinismus olan kadınlar arasında, cinsel ağrı bozukluklarının olası nedenleri içinde yer alan psikolojik etmenlerin rolüne göre ayırım yapılmıştır. Bu makalenin amacı cinsel ağrı bozukluklarının iki kategorisi olan disparoni ve vajinismusun klinik görünüm ve tanımını gözden geçirmektir. Disparoni/VVS ve vajinismusla ilgili çalışmalar tanımlama, sınıflandırma, tanı ölçütleri, klinik görünüm ve tedavi açısından değerlendirilmiştir. Disparoni/VVS ile vajinismus ayırıcı tanısı yapmanın zor olduğu ve bu hastalık tabloları için çok-boyutlu/çok-disiplinli tanımlama, değerlendirme ve tedavi yaklaşımının gerekli olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Cinsel ağrı, disparoni, vajinismus, vulvar vestibülit sendromu, tanı.

(*Klinik Psikiyatri 2008;11:135-142*)

SUMMARY

Painful Sexual Genital Activity and Difficulties in Diagnosis of Vaginismus

Female sexual dysfunctions include persistent or recurrent disorders of interest/desire, disorders of subjective and genital arousal, orgasm disorder, and pain and difficulty with attempted or completed intercourse. Vaginismus is defined as a recurrent or persistent involuntary spasm of the musculature of the outer third of the vagina that interferes with sexual intercourse. Traditional definitions consider vaginal spasm during penetration to be the primary characteristic, however, current research has reduced importance of vaginal spasm and underlines the experience of anxiety and pain. Although vaginismus is classified as a sexual pain disorder in DSM-IV-TR, pain in this diagnostic system is not a necessary condition for the diagnosis. Vulvar vestibulitis syndrome (VVS) is characterized by severe pain and tenderness on vestibular touch or attempted vaginal entry, with no obvious local vulvar pathology except for vestibular erythema. VVS has been reported to be a major cause of dyspareunia in premenopausal women. With regard to the role of psychological factors in the possible etiology of sexual pain disorders, a distinction is made between women with VVS, women with dyspareunia not identified as VVS, and women with vaginismus. The purpose of this article is to review the clinical presentation and definition of two categories of sexual pain disorders: dyspareunia/VVS and vaginismus. Studies about dyspareunia/VVS and vaginismus were searched, and data about the definition, classification, diagnostic criteria, etiology, clinical features, and treatment were evaluated. It is concluded that the differential diagnosis between vaginismus and VVS/dyspareunia is difficult, and a multi-dimensional/multi-discipliner description, assessment and treatment of these syndromes is needed.

Key Words: Sexual pain, dyspareunia, vaginismus, vulvar vestibulitis syndrome, diagnosis.

GİRİŞ

Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association for Sexual Health (WAS)) cinselliği her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar ve cins, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerdiğini bildirir (WAS 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı "cinsellikle ilgili olarak fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (WHO 2002). Genital cinsel aktivite sırasında ağrı duyan kişilerin, DSÖ tarafından verilen tanılamaya göre cinsel olarak sağlıklı sayılabilmesi mümkün değildir. Bununla birlikte, son zamanlarda yapılan bir epidemiyolojik çalışma, kronik genital ağrı yakınması olan kadınların %60'ının bu yakınmaları için tedavi arayışı içine girdiğini, %40'ının ise hiçbir zaman uygun bir tanı almadığını ve tedavi görmediğini göstermektedir (Harlow ve ark. 2001). Bu bulgu, ağrılı cinsellikle ilgili soruların tıbbi ve ruhsal değerlendirme görüşmelerinin rutin bir parçası olarak sorulmasının önemini ortaya koymaktadır.

Bu yazının amacı ağrılı genital cinsel aktivitenin, değişik sınıflandırma sistemlerine göre tanımlarını, görülme sıklığını, klinik görünümünü ve ayırıcı tanıda yaşanan zorlukları gözden geçirmek ve psikiyatrik yaklaşımın önemini irdelemektir.

Sınıflandırma

I. DSM IV-TR: Cinsel ağrı bozukluklarını disparoni ve vajinismus olarak iki kategoride sınıflandırmıştır.

Disparoni: Erkeklerde ya da kadınlarda cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olması. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur. Bu bozukluğa vajinismus ya da ıslanmanın olmaması neden olmamaktadır.

Vajinismus: Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

II. ICD 10: Organik nedenli olmayan cinsel işlev bozuklukları başlığı altında vajinismus ve disparoniye yer vermiştir.

Organik Nedenli Olmayan Vajinismus: Vajinayı çevreleyen kasların vajinaya girişi kapatacak şekilde kasılmasıdır. Penisin vajinaya girmesi olanaksız veya ağrılıdır. Vajinismus ağrıya neden olan yerel bir patolojiye ikincil bir tepki olabilir; bu durumda bu tanı kullanılmamalıdır.

Organik Nedenli Olmayan Ağrılı Cinsel Birleşme (Disparoni): Ağrılı cinsel birleşme hem kadında hem erkekte görülebilir. Çoğunlukla yerel bir patoloji ile açıklanabilir; bu durumda uygun bölümde sınıflandırılmalıdır. Fakat bazı vakalarda görünür bir neden yoktur ve ruhsal etkenler önemli olabilir. Bu tanı sadece daha birincil bir cinsel işlev bozukluğu (ör. Vajinismus veya vajinanın kuruluşu olmadığında) kullanılmalıdır.

III. Uluslararası Konsensüs Önerileri

Amerikan Ürolojik Hastalıklar Birliği (AFUD) Konsensüs Sınıflandırması:

Disparoni: Cinsel birleşmeyle ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli genital ağrının olması

Vajinismus: Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda, koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması ve kişisel sıkıntıya yol açması.

Koitle İlişkili Olmayan Cinsel Ağrı Bozukluğu: Cinsel birleşmeyle ilişkisi olmayan uyarılarla ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli genital ağrının olması.

Birinci ve İkinci Uluslararası Cinsel Tıp Konsültasyonu Sınıflandırması:

DSÖ tarafından desteklenen Uluslararası Konsültasyon (International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunctions) ilk olarak 1999'da Paris'te toplanmıştır. İkinci Konsültasyon (International Consultation on Sexual Medicine) ise hem kadın hem de erkek cinsel işlevlerini içerecek şekilde kapsamını genişleterek yine Paris'te 2003 yılında toplanmıştır. Altmış farklı ülkeden, değişik disiplinlerden gelen 200'den fazla uzmanın oluşturduğu 17 komite 2 yıl süren bir çalışma sonucu cinsel tıp için rehber niteliğinde yeni tanı ölçütleri geliştirmiştir. Ölçütler oluşturulurken hasta odaklı olarak resmi uygulanabilme ilkelerine ve kanıta-dayalı tıp ilkelerine uygunluk gözetilmiştir (Hatzimouratidis ve Hatzichristou 2007, Basson ve ark. 2005). İkinci Uluslararası Cinsel Tıp

Konsültasyonu kadın cinsel ağrı bozuklukları başlığı altında dispareni ve vajinismus için aşağıdaki tanı ölçütlerini önermiştir.

Kadın Cinsel Ağrı Bozuklukları

Dispareni: Vajinaya tam giriş veya giriş girişimi ve/veya penisin vajinaya penetrasyonu ile ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli ağrının olması.

Vajinismus: Kadının olmasını arzu ettiği halde; penis, parmak ve/veya başka bir objenin vajinaya girişine sürekli veya yineleyici bir biçimde izin verememe zorluğu. Sıklıkla fobik kaçınma, istemsiz pelvis kas kontraksiyonları ve ağrı beklentisi/korkusu/deneyimi vardır. Yapısal bozukluklar ve diğer fiziksel anormallikler dışlanmalıdır.

Ayırıcı Tanı

Yukarıda verilen sınıflandırma sistemleriyle ilgili benzerlik ve farklılıklar değerlendirildiğinde hem DSM hem de ICD tanı sisteminde dispareni tanısı için vajinismus tanısını dışlama koşulu olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle cinsel birleşmeyle ilişkili ağrı şikâyeti olan bir kişide vajinismus varsa öncelikli tanı vajinismus olarak kabul edilmektedir. Bu iki sınıflandırmanın diğer bir ortak özelliği ise her ikisi de tanımlamada, vajinal kaslardaki kasılma/spazm ve cinsel ilişkinin birleşme yönü üzerine odaklanırken, ağrı ve stres üzerinde durmamıştır. AFUD sınıflandırması da benzer biçimde spazm temelli bir tanımlama önermiş ve ek olarak cinsel birleşme olmadan ortaya çıkan, ayrı bir cinsel ağrı kategorisi eklemiştir.

Vajinismusun karakteristik bulgusu olarak kabul edilen vajinal spazm varlığı 1861 yılında Sims tarafından önerilmiş ve günümüze kadar nadiren sorgulanmıştır (Reissing ve ark. 2004). Öte yandan 150 yıl boyunca destek ve kabul gören spazm temelli vajinismus tanısının pek çok sebepten ötürü tartışmalı, ağrı ve spazm arasındaki ilişkinin yeterince net olmadığını düşünmekteyiz. Bu sebeplerden birincisi, öncelikle, spazm teriminin genel olarak kabul edilmiş bir tanımı yoktur ve spazmın, şiddetli kas kontraksiyonları, kronik kas gerginliği ve kramplardan nasıl ayırt edileceği açık değildir (Mense ve ark. 2001). İkincisi, vajinal\pelvik kaslardan hangisinin vajinismusda oluşan spazmda yer aldığı konusu net değildir ve vajinanın dış 1\3 kısmı

gibi belirsiz bir tanım yapılmıştır (Reissing ve ark. 1999). Üçüncüsü, vajinismus tanısı koyan uzmanlar nadiren vajinal kasların spazmını tanımlamada yetkindirler. Jinekologlar bu konuda eğitilmiş olmalarına rağmen jinekolojik tanının ne ölçüde geçerli/doğru olduğu test edilmemiştir ve tanı ölçütleri arasında jinekolojik muayene şartı yoktur. Ayrıca durumsal vajinismus olan olgularda jinekolojik muayene mümkün olabilirken cinsel birleşme mümkün değildir. Dahası sıklıkla, spazmın varlığını göstermek için yapılan jinekolojik muayeneden, hastaya gereksiz yere ağrı çek-tirmemek ve rahatsızlık vermemek için kaçınılmaktadır. Dördüncüsü, kas spazmı, ağrı ve ilişkiye gire-meme arasındaki ilişki yeterli derecede değerlendirilmemiştir. Spazmın ağrının nedeni mi, sonucu mu olduğu net değildir (Ng 1993). Kruiff ve ark.'nın (2000) jinekolojik muayene ve cinsel birleşmeye teşebbüs sırasında vajinal\pelvik kas tonusu, ağrı ve anksiyeteyi değerlendirdikleri çalışma sonucunda, vajinismuslu hastaların disparenilili hastalara kıyasla vajinal ilişkiden daha fazla kaçındıkları, ilişkiye teşebbüste daha sık ağrı bildirdikleri ve vajinal\pelvik kas tonusunda ise iki grup arasında farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Bütün bunlara ek olarak, Ward ve Ogden (1994), 89 vajinismuslu hastayla yaptıkları çalışmanın sonucunda, hastalar tarafından vajinismusun birinci nedeni olarak ağrı korkusunun gösterildiğini bildirmiştir. Vajinismusta vajinal spazm ve ağrının rolünü araştıran bir çalışma sonucunda ise, spazm temelli tanı ölçütlerinin vajinismus tanısı koymak için yeterli olmadığı ve ağrı, ağrı korkusu, pelvik taban disfonksiyonu ve davranışsal kaçınmanın vajinismusun çok boyutlu tanımlanmasında önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Reissing ve ark. 2004).

Sınıflandırma sistemlerinde iki ayrı bozukluk olarak yer almasına karşın, vestibuler ağrı ile vajinismus ayırıcı tanısı yapmak zordur ve spesifik olarak bu konuya odaklanmış kısıtlı sayıda çalışma vardır. Premenopozal kadınlarda, yüzeysel dispareninin en sık nedeni vulvar vestibulit sendromu (VVS) olarak kabul edilmektedir (Engman 2007, Pukal ve ark. 2007, Bergeron 1997). İlk olarak 1987'de Friedrich VVS terimini kullanmıştır. Friedrich'e göre VVS 3 temel belirti ile kendini gösterir:

- a) Vajinaya girişte ve dokununca şiddetli ağrı
- b) Vestibüle basınç uygulandığında ağrı
- c) Çeşitli derecelerde vestibüler eriteme ait fiziksel bulgular (Friedrich 1987).

VVS'nin nedeni bilinmemekle birlikte, enfeksiyonlar, inflamatuvar değişiklikler, bağışıklık yanıtında değişiklikler, ağrı iletiminde değişiklik, intertisiyel sistit ve psikolojik etmenleri de içeren pek çok neden önerilmiştir. (Bergeron ve ark. 1997, Pukall ve ark. 2007, Harlow ve ark. 2001, Ter Kuile ve ark. 2005, Graziottin 2004, Granot ve Lavee 2005, Whitmore ve ark. 2007, Elzevier ve ark. 2007, Burrows ve ark. 2008, De Kruiff ve ark. 2000, Goldstein Burrows 2008). De Kruiff ve ark. (2000), vajinismus veya disparonisi olan 30 hastayı yapılandırılmış görüşme, fizik muayene ve hastaların doldurduğu ölçekler aracılığı değerlendirerek ne fizik muayenenin ne de görüşmenin vajinismusu disparoniden ayırt etmede yeterli olmadığı sonucuna varmıştır. Bir başka çalışmada dokunmayla vestibüler ağrı tanımlayan vajinismuslu hastalar eşleştirildikleri VVS hastalardan ağrı ölçümüyle ayırt edilememiştir (Reissing ve ark. 2004). Ter Kuile ve ark. da yaşamboyu vajinismuslu hastaların %69'unda vestibüler bölgede dokunmayla ağrı olduğunu bildirmişlerdir (Ter Kuile ve ark. 2005). Portekiz klinik örnekleminde yapılan bir çalışmada da ağrı ve vajinismus arasında güçlü bir ilişki olduğu ve %59 oranında birlikte görüldüğü saptanmıştır (Nobre ve ark. 2006). Basson, yaşamboyu vajinismuslu olan hastaların %42'sinin VVS tanı ölçütlerini karşıladığını bildirmiştir (Basson 1996). Engman ve ark. tarafından yapılan iki ayrı çalışmada da parsiyel vajinismus ile birlikte VVS tanısı konması sıklığı %71 ve %81.1 olmak üzere oldukça yüksek bulunmuştur (Engman ve ark. 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise vajinismuslu hastalarda disparoni sıklığı %47.2 olarak bulunmuştur (Doğan 2008).

Son zamanlarda yapılan çalışmalardan ikisi, disparonisi olan kadınları, vajinismuslu kadınlardan ayıran tek faktörün vajinismuslu kadınlardaki penetrasyondan kaçınma davranışı olduğunu ileri sürmüştür (De Kruiff ve ark. 2000, Reissing ve ark. 2004). Dahası, disparoni ve vajinismusun; derin disparoniye neden olan endometriozis ve retrovert uterusdan, girişte disparoniye neden olan vulvar

vestibüle kadar altta yatan bir dizi fiziksel patolojinin üstünü örtebileceği bildirilmektedir (Meana ve ark. 1997b). Son olarak, vulvodini tanımlaması altında sınıflandırılan ve kronik açıklanamayan vulvar ağrı ve minimal fiziksel bulgularla karakterize durumların da ağırlı genital cinsel aktivitenin kaynağı olabileceği bildirilmektedir (Goldstein ve Burrows 2008). Bütün bu veriler göz önünde tutulduğunda vajinismus tanısı için DSM ve ICD sınıflandırma sistemlerinin yeterli olmadığı açıktır. Sınıflandırmada istemsiz kaçınma davranışına vurgu yaparak, spazm/kontraksiyon, ağrı deneyimi, ağrı korkusunun kaçınma davranışına ikincil gelişebileceğini kabul eden İkinci Uluslararası Cinsel Tıp Konsültasyonu tanımlamasının günümüz için daha geçerli olabileceği ve klinisyenlerin işini kolaylaştırabileceği söylenebilir.

Görülme Sıklığı

Disparoninin görülme sıklığı %3-43 arasında tahmin edilmekte ve Kuzey Avrupa ülkelerinde Amerika Birleşik Devletleri'ne kıyasla daha düşük oranlar verilmektedir. Ayrıca incelenen popülasyona göre de sıklık değişebilmektedir. Genel popülasyonda %3-18, birinci basamakta %3-46, cinsel işlev bozukluğu birimlerinde %0-30, kadın-doğum kliniklerinde %10-20 oranlarında disparoni görülme sıklığı bildirilmektedir (Schultz 2005, Laumann ve ark. 1994). Asya ülkelerinde cinsel işlev bozukluklarının sıklığı %10-15 arasında değişmekte ve Malezya'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada %67.8 olarak bildirilmektedir (Sidi ve ark. 2006). Vajinismus sıklığı ile ilgili veriler daha kısıtlı olmakla birlikte Batılı kaynaklarda görülme sıklığı %1-6 olarak tahmin edilmektedir.

Ulaşılabilen kaynaklarda, ülkemizde normal popülasyonda disparoni ve vajinismus görülme sıklığı ile ilgili veriye rastlanmamış olmakla birlikte, Konya'da normal popülasyonda yapılan bir çalışmada vajinismus görülme sıklığı %15.3 olarak saptanmıştır (Yılmaz 2007). Birinci basamakta yapılan bir çalışmada ise vajinismus sıklığı %41.7 olarak bulunmuştur (Öniz ve ark. 2007). Cinsel işlev bozuklukları polikliniklerinde yapılan araştırmalarda ise vajinismus sıklığı %62.2-75.9, disparoni sıklığı %3.7-36.8 arasında değişmektedir (Doğan 2008, Özdemir ve ark. 2006, Çayan ve ark. 2004,

Şimşek ve ark. 2003, Tuğrul ve Kabakçı 1997). Hem birinci basamak hem de cinsel işlev bozuklukları polikliniklerinde yapılan araştırmalarda ülkemizdeki kadınlarda en sık görülen cinsel sorunun vajinismus olduğu bildirilmektedir. (Öniz ve ark. 2007, Doğan 2008, Özdemir ve ark. 2006, Çayan ve ark. 2004, Şimşek ve ark. 2003, Tuğrul ve Kabakçı 1997).

Ağrılı Cinsel Genital Aktivitenin Psikiyatrik Yönleri:

VVS olan, VVS olarak tanımlanmamış disparoni olan ve vajinismus olan kadınlar arasında, cinsel ağrı bozukluklarının olası nedenleri içinde yer alan psikolojik/psikiyatrik etmenlerin rollerine ilişkin bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir. VVS'si olan kadınlarda belirlenen psikolojik özellikler, artmış sürekli anksiyete, utangaçlık, mükemmeliyetçilik, zarar görmekten sürekli kaçınma davranışı, cinsel etkileşime karşı katastrofik düşüncelere sahip olma, cinsellik korkusu, mastürbasyonda görülmeyip partnerle birlikteyken ortaya çıkan subjektif uyarılma ve ıslanma sorunlarını kapsamaktadır. Psikopatoloji ve bozulmuş psikolojik işlevsellik vulvar vestibüliti etkileyebileceği gibi onun nedeni de olabilir. VVS'si olan kadınlar ısı ve dokunma uyarımlarına karşı daha duyarlı bulunmuşlardır. Disparoni olan kadınlarda komorbid depresyon ve anksiyete oranları yüksek bulunmuştur. Cinsel örselenme etiolojide önemli bir rol oynuyor gibi görünmemektedir. Disparoni olan kadınların cinsel işlevsellik bakımından daha erotofobik oldukları, cinselliğe karşı daha fazla olumsuz ve muhafazakâr tutum sergiledikleri ve cinsellikle meşgul olmaktan hoşlanmadıkları bulunmuştur. Cinsel uyarım deneyimi ile ilgili daha fazla sorunları vardır. Disparoni olan kadınların ilişkilerinde uyumsuzluk ve geçimsizlik de yüksek oranda bulunmuştur. Laboratuvar araştırmaları sırasında (Penis-vajina ilişkisinin işitsel ve görsel gösterimi) spesifik bir cinsel uyarım ile genital yanıtta bozulma olduğu bulunmuştur. Vajinismus olan kadınlarda depresyon oranı yüksek bulunmazken, komorbid anksiyete bozukluğu oranı anlamlı düzeyde artmış bulunmuştur. Çocukluk çağı cinsel travmasının rolü açık değildir ve farklı oranlar bulunmuştur (Reissing ve ark. 2003). Kendini-değerlendirme araçları ile ölçülen psikolojik özellikler anksiyete bozukluklarının varlığını açıkça desteklememekte-

dir. Bu grupta kendine yoğunlaşmış dikkat ve kendini olumsuz değerlendirmenin daha fazla görülmesi, kişilik özelliklerinin vajinismusun ortaya çıkmasında veya sürmesinde rol oynadığını desteklemektedir. Şimdiye kadar yapılmış deneysel çalışmalar, pelvik taban kaslarındaki gerilim üzerinde tehdit algısının rolünü belgelemiş olmakla birlikte bu bulgu vajinismus olan ve olmayan kadınları ayırt etmeye yeterli değildir. Ülkemizde kronik pelvik ağrısı olan kadın hastaların sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığı bir araştırmada, ağrılı grupta daha anlamlı olarak daha yüksek oranda cinsel sorun saptanmış ve bu grubun anksiyete ve depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. (Kaya ve ark. 2006). Aynı çalışmada vajinismus alt ölçekleri yüksek olan hastalarda ise anksiyete puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak, penetrasyon korkusu ve birlikte görülen artmış dikkat ve duyarlılık rol oynayabilir denilmesine rağmen psikolojik etmenlerin vajinismus ortaya çıkarması veya sürmesine neden olması konusu ve ayırıcı tanıdaki rolü henüz yeterince net değildir.

Disparoni ve vajinismusta fiziksel sorunlarla psikososyal yönlerin karmaşık etkileşimleri söz konusu olduğundan ayırıcı tanıda çok boyutlu yaklaşım kaçınılmaz görünmektedir. Oysa günümüzdeki yaygın uygulama her bir uzmanlık alanının tekil değerlendirmesi şeklindedir ve vulva bölgesinde ağrı yakınmasıyla başvuran hastalara farklı uzmanlıklar farklı tanı ve tedaviler uygulayabilmektedir. Örneğin aynı hastaya farklı uzmanlık alanları disparoni, liken sklerozis, interstisiyel sistit, vestibüldini, somatizasyon bozukluğu, pelvik taban hipertoni, vulvar fissür gibi farklı tanıları koyabilmektedir ve birbiriyle hiç ilişkisi olmayan tedaviler uygulayabilmektedirler (Tablo 2).

Sonuç

Ağrılı cinsel genital aktivite tanı ve tedavisi için genel sonuçları ve önerilerimizi şöyle özetleyebiliriz:

1. Klinik olarak vajinismus ve diğer ağrılı bozuklukların ayırıcı tanısını yapmak zordur.
2. Spazm/kontraksiyon varlığı disparoni ile vajinismusu ayırt edici değildir.

Tablo 1. Cinsel ağrı bozukluklarının psikolojik yönü (Schultz ve ark. 2005'den uyarlanmıştır)

		Disparoni	VVS	Vajinismus
Klinik psikopatoloji	Anksiyete bozukluğu	++	+	++
	Depresyon	++	++	
Psikometrik değerlendirme ile elde edilen sonuçlar	Nörotisizm	+	--	+/-
	Depresyon	++	++/-	++/-
	Sürekli anksiyete		++	
	Durumluk anksiyete	++	++/-	++/-
	Fobik anksiyete	++	+/-	++/-
	Obsesif kompulsif davranıř	++	+/-	+/-
	Sosyal anksiyete	++	++/-	++/-
	Hostilite	++	+/-	++/-
	Psikotisizm	+	+/-	+/-
	Somatizasyon	+	++/-	+/-
	Histerik kişilik			+
	Mükemmeliyetçilik		+	
	Düşük benlik saygısı			+
	Zarar görmekten kaçınma		+	
	Erotofobi	+	+	
	Pozitif cinsel kendilik řeması		-	+
	Negatif cinsel kendilik řeması		-	-
	Katastrofik düşünceler		+	
	Evlilik sorunları	++	--	-
	Cinsel işlevsellik	Cinsel travma	--	
Azalmıř cinsel self-stimülasyon			+	+
Cinsel istek sorunu			+	+
Cinsel uyarılma sorunu (eřle)		++	++	+
Lubrikasyon sorunu (eřle)			++	
Cinsel haz yokluđu			+	+
Cinsellik hakkında negatif düşünceler		+	+	
Etiyolojide psikolojik faktörler	Düşük ısı ağrı eşiği		+	
	Düşük dokunma ağrı eşiği		+	
	Depresyon	+		
	Anksiyete		+	
	Evlilik uyumu		+	
	Ağrılı uyarılara artmış duyarlılık		+	
	Pelvik kas kontrol yetersizliđi			-↑
	Tehdide tepki olarak pelvik kas kontraksiyonu			--↑

Tablo 2. Vulva ağrısında uzmanlık dalına göre tanı ve tedavi farklılıkları (Binik ve ark. 2006)

Uzmanlık	Tanı	Tedavi
Cinsel terapist	Disparoni	Duyumlara odaklanma/ Vajinal dilatasyon
Dermatolog	Liken sklerozis	Kortikosteroidler/Hormon kremleri
Jinekolog	Vestibulodini	Anestetik kremler
Psikiyatrist	Somatizasyon	Antidepresan
Fizik tedavi uzmanı	Pelvik taban hipertoni	Fizyoterapi/Geri-bildirim
Ürolog	Sistit	Dimetil Sülfoksit
Pratisyen/Aile hekimi	Vulvar fissür	Kortikosteroid krem

3. Pelvik taban kas tonusu bulguları vajinismus olanlarla olmayanları ayırt etmede yeterli değildir.

4. Vajinismus ve disparoni sınıflandırmalarında yeni düzenlemelere gerek vardır.

5. Derin pelvik ağrıya veya doğum, menopoz sonrası ortaya çıkan vajinismus ve disparoni için farklı tanı ve tedavi stratejileri gerekebilir.

6. Vajinal dilatasyon, psiko-eğitim, duyarsızlaştırma gibi geleneksel yöntemlerin vajinismus tedavisinde başarılı olduğu bildirilmekle birlikte henüz kanıt dayalı yeterli bulgu yoktur.

7. Kanıt dayalı olmayan tedavi yöntemleri ile ilgili kontrollü çalışmalar yapılmalıdır.

8. İlgili uzmanlık alanlarının birlikte çalışması ve değişik tedavi yaklaşımlarının entegre edilmesi tedavi başarısını artırabilir.

Yazışma adresi: Dr. Sultan Doğan, Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tekirdağ, sultandogan@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, 2. baskı. (Çev. E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2005.
- Basson R (1996) Lifelong vaginismus: A clinical study of 60 consecutive cases. J Soc Gynecol Obstet Can, 18:551-561.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L ve ark. (2005) Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med, 1: 40-48.
- Bergeron S, Binik YM, Khalife S ve ark. (1997) Vulvar vestibulitis syndrome: A critical review. Clin J Pain, 13:27-42.
- Binik YM, Bergeron S, Khalife S (2006) Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain. In Principles and practice of sex therapy, fourth edition. Sandra Leiblum (Ed), Guilford Publications, New York.
- Burrows LJ, Shaw HA, Goldstein AT (2008) The vulvar dermatoses. J Sex Med, 5(2):276- 283. Epub 2008 Jan 2.
- Çayan S, Akbay E, Bozlu M ve ark (2004) The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int, 72:52-57.
- De Kruiff, Ter Kule MM, Weijnenborg PT ve ark. (2000) Vaginismus and dyspareunia: Is there a difference in clinical presentation? J Psychos Obstet Gynecol, 21:149-155.
- Doğan S (2008) Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. J Sex Med (Baskıda).
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları, Öztürk MO, Uluğ B (Çev.) Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
- Engman M, Wijma K, Wijma B (2007) Itch and burning pain in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis. J Sex Mar Ther, 33:171-186.
- Elzevier HW, Nieuwkamer BB, Pelger RC ve ark. (2007) Female sexual function and activity following cystectomy and continent urinary tract diversion for benign indications: a clinical pilot study and review of literature. J Sex Med, 4(2): 406-416.
- Friedrich EG (1987) Vulvar vestibulitis syndrome. J Reprod Med, 32:110-114.
- Goldstein AT, Burrows L (2008) Vulvodinia. J Sex Med, 5(1):5-15.
- Granot M, Lavee Y (2005) Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. J Sex Mar Ther, 31:285-302.
- Graziottin A (2004) Vulvar vestibulitis syndrome: A clinical approach. J Sex Mar Ther, 27:125-139.

- Harlow BL, Wise LA, Stewart EG (2001) Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol*, 185:545-550.
- Hatzimouratidis K, Hatzichristou D (2007) Sexual dysfunctions: classifications and definitions. *J Sex Med*, 4(1):241-250.
- Kaya B, Ünal S, Özenli Y ve ark.(2006) Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(2):187-196.
- Laumann EO, Gagnon JH, Micheal RH ve ark. (1994) *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*, Chicago: University of Chicago Press.
- Meana M, Binik YM, Khalife S ve ark. (1997b) Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol*, 90: 38-589.
- Mense E, Simons DJ. & Russell IJ. (2001) *Muscle pain: Understanding its nature, diagnosis and treatment*. Philadelphia, PA, Lippincott, Williams and Wilkins.
- Ng ML (1993) Treatment of a case of resistant vaginismus using modified Mien-Ling. *Sex and Marital Ther*, 7:295-299.
- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Mar Ther*, 32: 173-182.
- Öniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I (2007) The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sex Med*. 4(6): 1575- 1581. Epub 2007 Oct 1.
- Özdemir YO, Simsek F, Incesu C ve ark. (2006) Sociodemographic and clinical characteristics of 1.002 subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction center. *European Journal of Sexual Health*, 15(Suppl 1):14-15.
- Pukall C, Kandyba K, Amsel R ve ark. (2007) Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a preliminary investigation. *J Sex Med*, 4(2):417-425.
- Reissing ED, Binik YM, Khalife S (1999) Does vaginismus exist?: A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis*, 187:261-274.
- Reissing ED, Binik YM, Khalife S ve ark. (2004) Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav*, 33:5-17.
- Reissing ED, Binik YM, Khalife S ve ark. (2003) Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther*, 29(1): 47- 49.
- Sidi H, Puteh SE, Abdullah N (2007) The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med*, 4(2):311-21. Epub 2006 Oct 13.
- Şimsek F, Ozdemir YO, İncesu C ve ark. (2003) Sociodemographic and clinical characteristics of subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction outpatient clinic. *Üroloji Bülteni*, 14:137-144.
- Schultz WW, Basson R, Binik Y ve ark. (2005) Women's sexual pain and its management. *J Sex Med*, 2: 301- 316.
- Ter Kuile MM, Van Lankveld JJDM, Vlieland CV ve ark. (2005) Vulvar vestibulitis syndrome: An important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *J Psychos Obstet Gynecol*, 26:245-249.
- Tuğrul C, Kabakçı E (1997). Vaginismus and its correlates. *J Sex Mar Ther*, 12: 23- 34.
- Yılmaz E (2007) Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book, Istanbul.
- Ward E ve Ogden J (1994) Experiencing vaginismus-sufferers' beliefs about causes and effects. *Sex Marital Ther*, 9: 33- 45.
- Whitmore K, Siegel JF, Kellogg-Spadt S (2007) Interstitial cystitis/painful bladder syndrome as a cause of sexual pain in women: a diagnosis to consider. *J Sex Med*, 4(3):720-727.
- World Association for Sexual Health (2005) Working definitions after WHO technical consultation on sexual health. http://www.worldsexualhealth.org/who_def.asp
- World Health Organization (2002) Sexual health: Working definitions. http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html