

Vajinismus: Bir Grup Psikoterapisi Sunumu

İlhan YARGIÇ*, Arşalus KAYIR*

ÖZET

Cinsel ilişki sırasında vajinanın dış 1/3'ünün spazmodik olarak kasılması demek olan vajinismus psikoterapi ya da dilatatör kullanılarak tedavi edilebilmektedir. Bu çalışmada iç görü kazanma hedefli kısa grup psikoterapisi ve bunun yanında parmak egzersizleri ile duyarısızlaştırma, cinsel eğitim ve anksiyeteyi azaltmaya yarayan davranışçı tekniklerle 9 seansta başarıyla tedavi edilen 13 vajinismus hastasının tedavi süreci sunulmaktadır. Grup psikoterapisi, vajinismus belirtisine mekanik bir yaklaşımın ötesinde hastanın kendine güvenini arttırmasına ve kişilerarası ilişkilerini geliştirmesine imkan vermektedir.

Anahtar kelimeler: Vajinismus, cinsel disfonksiyon, grup psikoterapisi

Düşünen Adam; 1996, 9 (1): 31-34

SUMMARY

Vaginismus, which means spasmodic contraction of the outer 1/3 of vagina during sexual intercourse, can be treated with psychotherapy or using dilators. In this paper, therapy course of 13 patients with vaginismus who have been successfully treated in 9 sessions with short-term insight oriented group psychotherapy in addition to desensitization with finger exercises, sexual training, and behaviouristic techniques to reduce anxiety has been presented. Compared to mechanical approaches, group psychotherapy enables the patient to improve her self-esteem and interpersonal relationships.

Key words: Vaginismus, sexual dysfunction, group psychotherapy

GİRİŞ

Vaginismus, cinsel ilişki sırasında vajinanın dış 1/3'ünün spazmodik olarak kasılmasıdır (1). Bu kasılmalar istemsizdir. Klasik olarak en ağır şekli penis girişini imkansız kılar, yanıcı tarzda ciddi bir ağrıya neden olur (2). Ama vajinal kasların kasılmasına rağmen girişe olanak veren, ancak yine de aynı ağrı algısını oluşturan daha hafif derecelerde vajinismuslar da vardır (3). Vajinismus, bir cisim yaklaştığında oluşan göz kırpmaya benzetilmiştir (1), acıdan ve penisin girişinden korkmaya bağlıdır.

Bu durum, birincil (ilk giriş denemesinde mevcut) ya da ikincil (fiziksel ya da psikolojik travma, enfeksiyon, menapozal değişiklikler ya da pelvik patolojilere bağlı) olabilir (4). Kadın hastaları ve doğum polikliniğine başvuran hastalar arasında % 6 (5), cinsel tedavi için başvuranlar arasında % 5 (6) sıklıkta bulunduğu bildirilmiştir.

Toplumdaki yaygınlığı ile ilgili veri bulunmamaktadır (7). Girişe izin vermeyen birincil ağır vajinismus seyrek olsa da ikincil vajinismus ve girişin daralmasına neden olan şekilleri oldukça sıktır (2) ve minimal bir derecede birçok kadında bulunabilir (1).

* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Vajinismus ego sintoniktir; evlilikler, çocuk sahibi olma gibi başka bir motivasyonla doktora gelinceye kadar yıllarca sürebilir (1). Vajinismus olan kadınların başka cinsel inhibisyonları olması gerekmez (1). Başka cinsel yollarla zevk alıp orgazm olabilirler. Tekrarlayan başarısızlıklar ya da yakın ilişkilerden kaçınma nedeniyle self esteem etkilenebilir (1).

Vajinismusun öne sürülen nedenlerden bazıları psikoseksüel travma, baskıcı baba figürünün bulunması, anne tarafından olumsuz şartlandırılma, dinsel tutuculuk, disparania ve eşcinsel yönelimdir (1,8). Psikianalitik literatürde bu belirti kadının, kendi kastrasyonunun ya da penisinin olmayışının öcünü almak için erkeği kastre edişi ya da anal penis özleminin bir göstergesi olarak açıklanır (9). Kaplan, vajinismus ile ilgili analitik anlayışı modifiye etmiş ve belirti bir kez geliştiğinde penisin giriş denemelerine ya da fantazilerine karşı koşullanmış bir yanıt haline geldiğini öne sürmüştür (10).

Vajinismus, ağrı beklentisine karşı refleks ya da fobik bir tepkidir ve koruyucu bir role sahiptir. Şiddet algısına cevap olarak gelişir, bu belirtiyi taşıyan kadının vücut bütünlüğünü ve sınırlarını güvenlik içinde tutar (1). Kocanın da belirti oluşumunda önemli bir yere sahip olduğu öne sürülmüştür (1). Vajinismuslu kadınların kocaları zayıf, edilgen, bağımlı, aşırı anlayışlı ve karlılarıyla bilinç dışı bir anlaşma içindedirler; eşler birbirlerinin saldırganlığından korkarlar (1). Psikolojik yönelimli modern terapilerin başarı oranlarının % 50-% 100 arasında olduğu bildirilmiştir (11).

Hastaların seçimi

Bir yıl içinde genel psikiyatri polikliniğinden ünitemize sevk edilen ya da medyaya ünitemizde yapılan çalışmaları okuyarak doğrudan başvuran vajinismuslu 17 kadın hasta bekleme listesine alındı ve daha sonra telefonla aranarak çağrıldı. Çağrılanlardan 13 kişi tedaviye geldi. Yapılan ön görüşmede başvuranlardan tedaviye uygun bulunmayan olmadı. Ayrıca her hastayla bireysel olarak rutin psikiyatrik görüşme yapıldı.

Sosyodemografik özellikleri

Hastaların yaş ortalamaları 24.2 idi (17-33 arası,

standart sapma: 4.2). Evlilik süreleri 4 ay-9 yıl arasındaydı (ortalama 28.2 ay). Dördü ilkökul, yedisi lise, biri üniversite mezunuydu. Altısı tedavi sırasında bir işte çalışmaktaydı. Hastaların üçü il dışındandı. Bunlardan birisi yakın bir şehirden gidip geliyordu.

Psikiyatrik Öyküleri

Hastaların tümünde evliliklerinin başından itibaren girişe imkan vermeyecek derecede vajinismus mevcuttu. Hiç biri evlenmeden önce koitus içeren cinsel ilişkide bulunmamıştı. Dördünde evlendikten hemen sonra bir ya da iki kez vajinal giriş gerçekleşmişti. Hastaların hepsi eşleriyle sevişirken orgazm olabiliyorlardı.

Biri çocukluk çağında ağabeyi tarafından cinsel olarak taciz edilmişti ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösteriyordu ama DMS-III-R'daki travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamıyordu. Hastalarda başka bir DSM-III-R birinci eksen tanısı yoktu. 11 hastanın ilk başvuruları jinekoloğa olmuştu. Dört hastaya himenektomi uygulanmıştı.

Hastaların biri dışında diğerleri eşlerini "anlayışlı" olarak tanımlıyordu, hatta "aşırı" anlayışlı bulanlar vardı. Bir hasta bu yüzden kocasından dayak yediğini anlattı. Başka evlilik sorunları yoktu. Hepsisi evliliklerinden memnundu ve eşlerini beğeniyorlardı. Hastalara tedavinin başlangıcında ve sonunda Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri (DSA-E) ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R) verildi.

Tedavi yaklaşımı

Yeni üyelerin kabul edilmediği kapalı uçlu, yapılandırılmış bir grup tedavisi uygulandı. Terapist (A.K.) kadın, koterapist (L.İ.Y.) erkekti. Haftada bir 1.5 saatlik 9 seans ve 1 ay sonra kontrol görüşmesi yapıldı. Destekleyici ve motivasyonu artırıcı bir grup etkileşimi sağlandı. Bilgilendirme ve davranışçı teknikler kullanıldı. Cinsellikle ilgili ön yargılar tartışıldı. Hastalara kadın ve erkek cinsel organları ile ilgili anatomi ve fizyoloji bilgisi verildi. Tedavinin başında penis girişinin denenmesi yasaklandı ve eşleriyle sık sık kilotlu olarak sevişme

Tablo 1. Beck depresyon envanteri, durumluluk-sürekli anksiyete envanteri ve belirti tarama listesinin tedavinin başlangıç ve bitişindeki puanları, standart sapmaları ve bunların Wilcoxon testi ile karşılaştırılması

	Başlangıç		Bitiş		Wilcoxon testi	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Z puanı	p
Beck	23.4	12.4	5.1	5.4	-3.06	<0.01
DSA-E durumluk	58.9	5.4	32.1	5.1	-3.06	<0.01
DSA-E sürekli	53.5	7.2	40.8	9.5	-3.06	<0.01
SCL-SOM	1.12	0.76	0.45	0.33	-2.76	<0.01
SCL-OBS	1.65	0.93	0.77	0.62	-2.82	<0.01
SCL-INT	1.51	0.89	0.74	0.53	-2.80	<0.01
SCL-DEP	1.58	0.75	0.46	0.52	-3.06	<0.01
SCL-ANK	1.26	0.52	0.53	0.32	-3.06	<0.01
SCL-HOS	1.47	0.93	0.67	0.57	-2.94	<0.01
SCL-FOB	0.89	0.72	0.46	0.40	-2.60	<0.01
SCL-PAR	1.17	0.61	0.61	0.50	-2.80	<0.01
SCL-PSİ	1.11	1.51	0.28	0.25	-2.85	<0.01
SCL-GBİ	0.13	0.06	0.06	0.04	-3.06	<0.01
SCL-PBİ	59.31	14.58	35.00	21.21	-3.06	<0.01
SCL-PBDİ	0.18	0.05	0.13	0.03	-2.93	<0.01

Not: Beck: Beck Depresyon Envanteri, DSA-E durumluk: durumluk-sürekli anksiyete envanterinin şimdiki duruma ait anksiyete sonucu, DSA-E sürekli: durumluk-sürekli anksiyete envanterinin sürekli anksiyete sonucu, SCL-SOM: SCL-90 R'nin somatizasyon R'nin psikotizm alt ölçeği, SCL-GBİ: SCL-90 R'nin genel belirti indeksi, SCL-PBİ: SCL-90 R'nin pozitif belirti indeksi, SCL-PBDİ: SCL-90 R'nin pozitif belirti ağırlık indeksi.

ödevi verildi. Ayrıca ilk görüşmede nefes egzersizleri ve vajen kasıp gevşetme öğretilerek ilkini günde en az 30 ikincisini 60 kere yapmaları istendi. İkinci ve üçüncü görüşmelerde özel sevişme teknikleri, sırasıyla "sensate focus" 1 ve 2 (12) öğretilerek mümkün olduğunca sık uygulamaları istendi. İkinci görüşmede gevşeme egzersizleri öğretildi ve günlük ödev olarak verildi. Hiyerarşik sıraya göre düzenlenen bu çalışmalarla hastaların cinsel anksiyetelerini azaltmaları, vücutlarını tanımaları ve çiftlerin erotojenik potansiyellerini arttırmaları hedeflendi.

Daha sonra HS Kaplan tarafından tanımlanan parmakla dilatasyon ve duyarsızlaştırma teknikleri (10) kademeli olarak öğretildi: İlk aşamada hastanın bir ayna kullanarak cinsel organına bakması, sonra sırasıyla kendinin ve eşinin parmağını cinsel organı üzerine koyup beklemesi, daha sonra önce kendi sonra da eşinin parmaklarını vajenine sokması, eşinin üç parmağını rahatça sokabildikten sonra önce kadın üstte, daha sonra da erkek üstte pozisyonlarda penis girişini gerçekleştirme ödevleri verildi. Travma sonrası stres belirtileri olan hastayla grup tedavisi devam ederken ek bireysel görüşmeler yapılarak exposure ve düşünme durdurma teknikleriyle davranış tedavisi yapıldı.

BULGULAR

En erkeni beşinci, en geç sekizinci görüşmede olmak üzere tüm hastaların vajinismus problemi ortadan kalktı. Tedaviyi terkeden olmadı. Tedavinin çabukluğu ile evlilik süresi ya da himenektominin yapıp yapılmaması arasında ilişki yoktu. Hastaların self-esteemlerinde, kendilerini algılayışlarında ve kişiler arası ilişkilerinde gelişmeler oldu. Kendilerini kadın olarak algılamaya yeni başladıklarını ve artık kendilerine güvendiklerini, bunun kişiler arası ilişkilerine de yansıdığını ifade ediyorlardı.

Üç tanesi tedaviden sonra kendilerine daha fazla özen göstermeye başladıklarını söylediler. Bütün hastalar, cinsel isteklerinde artış olduğunu bildirdiler. Bir yıl sonra telefonla irtibat kurulduğunda, (.....). Tedavinin sonunda, hastaların Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (DSA-E) ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R) puanlarında başlangıçtakine göre istatistiksel olarak anlamlı düşüşler oldu (Tablo 1). Bu da hastaların duygu durumlarında düzelme olduğunu, anksiyetelerinin, kişiler arası gerginliklerinin ve hostilitelerinin azaldığını desteklemekteydi.

TARTIŞMA

Vajinismus bir belirtidir. Tedavi sırasında sadece dilatör ya da parmak egzersizleri gibi mekanik yöntemlerin kullanılması, bu belirtiyi ortadan kaldırırsa da hastaya yararı sınırlı olabilir (4). Bu nedenle biz, bunlara ek olarak hastalarımızın kendilerini tanımları, eşleriyle olan cinsel ve cinsellik dışı ilişkilerini geliştirmeleri üzerinde durduk.

Literatürde vajinismusta grup tedavisi öneren bir yazıya rastlamadık. Bunu sebebi bu problemin görece nadir bulunması olabilir. Ünitemiz bu konuda uzmanlaştığı ve yazar A.K. medyada tanındığı için başvurular fazladır. Kliniğimize yılda ortalama 30 vajinismus hastası başvurmaktadır. Ancak grup tedavisini tercih edişimizin nedeni sadece eleman sayımızın azlığı değil aynı zamanda grup ortamının bu tedaviyi hızlandırıcı ve hastaların motivasyonu artırıcı bir etkiye sahip olduğunu gözlemlememizdir.

Amerikan Seks Eğitirmenleri, danışmanları ve Terapistleri Demeyi'nin (AASECT) rastgele seçilmiş 289 üyesinin hasta gruplarını ve tedavilerini değerlendiren Kilmann, cinsel problemlerle bu tedavilere başvuran hastaların ancak % 4'üne grup tedavisi uygulandığını, grup tedavilerinin % 5'inde koterapist bulunduğunu ve bu koterapistlerden % 27'sinin karşı cinsten olduğunu bildirmiştir (6).

Vajinismus, bu tedavilere yapılan başvuruların en seyrek (% 5) nedenlerinden birisidir. Bu çalışmada vajinismusta grup tedavisi yapıp yapılmadığından bahsedilmemektedir. Bütün cinsel problemlerde en sık kullanılan yöntemler: partnerle iletişim üzerine odaklanması (% 77), genel cinsel eğitim (% 72), ev ödevi verilmesi (% 70), cinsel ilişki üzerine odaklanması (% 70) idi. Sensate focus % 59, sistematik duyarsızlaştırma % 30 oranında uygulanmaktaydı. Böylece cinsel tedavinin çoğunun aslında cinsellik dışında yapıldığı görülmektedir (6). Bu çalışmanın sonuçlarına göre, vajinismusla başvuran kişilerde tedavi başarısı ortalama % 48'dir ve tedavi süresi ortalaması 11 görüştür.

Hastaların eşleriyle birlikte tedaviye alınmasının gerekli olduğu bildirilmiştir (11). Eşlerin gruplar halinde tedaviye alınması düşünülebilir ancak eşlerin

katılımını her hastada sağlamak mümkün olmamaktadır. Bu nedenle bireylerin oluşturduğu grupları tercih ettik.

Bu hastaların pek çoğunun ilk başvurusunu jinekoloğa yaptığı görülmektedir. Jinekologların yapması gereken ayırıcı tanıyı gerçekleştirdikten sonra hastayı psikoterapi için yönlendirmek olmalıdır. Eğer birincil vajinismusunu bulunan kadınlara rutin olarak cerrahi bir girişim yapılırsa, bir çoğunun hiç olmadığı halde yakınmalarının fiziksel bir temeli olduğuna dair inancı kuvvetlenerek kişiliklerindeki histerik-nörotik eğilim kuvvetlenir ve bu da psikoterapiyi güçleştirir (11). Klasik psikanalitik psikoterapi bu hastalarda yüz güldürücü değildir (4). Ayrıca analiz için gereken sürenin uzunluğu da önemli bir engeldir.

SONUÇ

Vajinismusla başvuran kişilerin iç görü kazanma hedefli kısa grup psikoterapisi ve bunu yanında parmak egzersizleri ile duyarsızlaştırma, cinsel eğitim ve anksiyeteyi azaltmaya yarayan davranışçı tekniklerle tedavi edilmeleri, vajinismus güvenini artırmasına ve kişiler arası ilişkilerini geliştirmesine imkan vermektedir.

KAYNAKLAR

1. Silverstein JL: Origins of psychogenic vaginismus. *Psychother Psychosom* 52:197-204, 1989.
2. Caplan HW: An effective clinical approach to vaginismus-putting the patient in charge. *The Western J Med* 149:769-770, 1988.
3. Steege JF: Dyspareunia and vaginismus. *Clin Obstet Gynec* 27:750-759, 1984.
4. Elkins TE, Johnson J, Ling FW, Stovall TG: Interactional therapy for the treatment of refractory vaginismus: a report of two cases. *J Reproductive Med* 31:721-724, 1986.
5. Bachmann GA, Leiblum SR, Grill J: Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet Gynec* 23:425-427, 1989.
6. Kilmann PR, Boland JP, Norton SP, Davidson E, Caid C: Perspectives of sex therapy outcome: A survey of AAASECT providers. *J Sex Marital Ther* 12:116-138, 1986.
7. Spector HP, Carey MP: Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sexual Behaviour* 19:389-408, 1990.
8. Barnes J: Primary vaginismus (part 2): Aetiological factors. *Irish Med J* 79:62-65, 1986.
9. Fenichel O: *Nevrozların psikanalitik teorisi*. Norton, New York 1945 (S. Tuncer, çev. s:161).
10. Kaplan HS: *The new sex therapy*. Brunner/Mazel, New York 1974.
11. Barnes J: Primary vaginismus (part 1): Social and clinical features. *Irish Med J* 79:59-62, 1986.
12. Kaplan HS: *The illustrated manual of sex therapy*. Souvenir Press 1987.