

# نگاهی روان‌شناختی به جنبه‌های سبب‌شناسی، پیامدها و درمان اختلال واژینیسموس (مطالعه‌ی مروری)

شیوا زارع<sup>۱</sup>، سوده دشتیان<sup>۲\*</sup>، زهرا شمالی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فاطمیه (ع.ک) شیراز، شیراز، ایران.  
zare@fatemiyehshiraz.ac.ir
۲. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.  
(نویسنده مسئول)  
soode.dashtiane@miau.ac.ir
۳. فوق تخصص ناباروری، گروه زنان و زایمان، مرکز باروری ثمر. شیراز، ایران.  
shomaliz57@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۰/۵/۱۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۰/۴/۴]

## چکیده

واژینیسموس از رایج‌ترین اختلالات جنسی در بین زنان می‌باشد و تأثیر قابل توجهی بر زنان و همچنین زوج‌های جوان دارد. مقاله مروری پیش‌رو با نگاهی روان‌شناختی به جنبه‌های سبب‌شناسی، پیامدها و درمان این اختلال انجام شد. مطالعه حاضر از نوع پژوهش مروری سیستماتیک بود. بدین منظور کلیدواژه‌های روانشناسی واژینیسموس، اختلال واژینیسموس، اختلال درد / دخول، تناسلی، درد، در پایگاه داده‌های Springer، Science Direct، PubMed، SID، Magiran، Noormags، Civilica جست‌وجو و مجموعه مقالات مرتبط از ۱۹۴۰ تا ۲۰۲۱ استخراج شد. در بررسی مقالات مرتبط مشخص شد اختلال درد / دخول تناسلی از رایج‌ترین اختلالات در زنان می‌باشد. این اختلال در کیفیت رابطه‌ی جنسی و همچنین سلامت روان زوجین بسیار تأثیرگذار است. با توجه به بررسی‌های انجام‌شده تغییر در سبک تفکر و تربیتی والدین و فرهنگ‌سازی در یک جامعه بسیار حائز اهمیت است. همچنین آموزش صحیح در خصوص رابطه‌ی جنسی به دختران و پسران نوبلوغ و تهیه‌ی محتوا و ابزار آموزشی بسیار مفید خواهد بود.

**واژگان کلیدی:** اختلال، واژینیسموس، اختلال درد / دخول، جنسیت، زنان.

**۱- مقدمه**

واژینیسوس<sup>۱</sup> یکی از رایج‌ترین اختلالات جنسی در زنان است (Gupta, Kansal, & Gupta, 2020) که به‌عنوان یک پدیده روان‌شناختی به‌صورت انقباض غیرارادی عضلات کف لگن و یک سوم خارجی واژن مشخص می‌شود که رابطه جنسی را دشوار یا غیرممکن می‌کند. این انقباض غیرارادی، علاوه بر مقاربت، ممکن است به دلیل نفوذ انگشت یا دیلاتور<sup>۲</sup>، قرار دادن اسپکولوم<sup>۳</sup> در واژن در معاینه زنان، بسته به درد واقعی یا پیش‌آگهی آن، ایجاد شود (محمدی، موسوی‌فرد، بیرمی، زارع، عزیزی، ۱۳۹۸). این اختلال جنسی می‌تواند باعث مقاربت دردناک شود (اخوان‌تقوی، اصغری‌مقدم، فروتن و جدیدمیلانی، ۲۰۱۵). این اختلال جنسی تأثیر قابل توجهی بر خانم‌ها و همچنین زوج‌های جوان دارد و به‌عنوان یکی از عواملی است که فرد را مستعد اختلالات اضطرابی می‌کند (Watts and Nettle, 2010).

طبق ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، واژینیسوس ناکارآمدی جنسی زنانه است و به‌صورت انقباض غیرارادی بازگشت‌کننده و مداوم عضله‌های یک سوم خارجی واژن می‌باشد که موجب خلل در رابطه جنسی می‌شود (American Psychiatric Association, 2000). این اختلال دخول<sup>۴</sup> که به‌عنوان شایع‌ترین علل شکست در ازدواج شناخته شده‌است، گمان می‌رود که یک رفتار بازتابی ناخواسته و غیرقابل کنترل است. این موضوع که آیا شخص در هنگام رابطه جنسی، دردی که تجربه می‌کند واقعی است و یا به علت انتظار احساس درد است هنوز مشخص نیست. نتیجه یک دوره باطل بین اجتناب، انقباض و درد در ماهیچه‌های لگنی است. در این اختلال زن به‌صورت مداوم یا متناوب مانع از دخول آلت تناسلی، انگشت و یا هر شیء دیگر می‌شود. در رویکرد حال حاضر، بر طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۵</sup>، مشکلات مربوط به رابطه جنسی در زنان در یک دسته‌بندی قرار گرفته‌است. تمامی گزارشات بالینی که شامل درد در هنگام رابطه جنسی یا دخول مهبل، اضطراب، ترس یا اضطراب از رابطه جنسی، انقباض شدید ماهیچه‌های لگنی معلول ترس یا اضطراب، همگی تحت عنوان اختلال درد/ دخول تناسلی لگنی<sup>۶</sup> قرار می‌گیرند (Pacik, 2014).

**۱-۲- شیوع**

با توجه به این‌که هر نوع آشکارسازی این مشکل، با عوارض اجتماعی زیادی مانند سرزنش، عدم پذیرش اجتماعی، انگشت‌نما شدن و حتی طلاق برای زوج‌های ناموفق همراه است، زنان اغلب تمایل به سکوت (در برابر خانواده، دوستان و حتی درمانگرشان) در مورد واژینیسوس خود دارند؛ بنابراین طبیعی است که شیوع واژینیسوس دقیقاً مشخص نیست؛ اگرچه به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی-جنسی معرفی شده‌است (Pacik, 2014).

وجود تفاوت‌های قابل‌توجه در میزان شیوع این اختلال در میان کشورها، به این موضوع اشاره دارد که این حالت ریشه در نحوه برخورد این کشورها با توجه به عقاید فرهنگی و مذهبی آن‌ها دارد. لازم به ذکر است که با توجه به بالا بودن نرخ شیوع در کشورهای

1. Vaginismus
2. dilator
3. speculum
4. Penetration Disorder
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-5)
6. Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder

خاورمیانه که در آن‌ها باکرگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، تمایلات جنسی زنانه سرکوب و رفتار جنسی به‌نوعی فساد تلقی می‌شود، نشان از پایه و اساس فرهنگی برای وجود تفاوت میان جوامع دارد (Yasan & Gürgen, 2008).

در کشورهای عرب‌زبان و دیگر کشورهای مسلمان، این اختلال از رایج‌ترین اختلال مسبب ازدواج به وصال نرسیده<sup>۱</sup> حساب می‌شود (Addar, 2004). بررسی پژوهش‌های متعددی نیز نشان داد که واژینیسوس در ۲۰٪ تا ۶۷٪ از موارد از علل ازدواج به وصال رسیده می‌باشد (Özdemir, Şimşek, Özkardeş, Sİncesu & Karakoç, 2008) که این عامل در تونس ۴۰٪ است (Mhiri, Smaoui, Bouassida, Chabchoub, Masmoudi, Hadjslimen & et al., 2013). در کشور تونس همانند بسیاری از دیگر جوامع مسلمان، تنها با ازدواج است که داشتن رابطه جنسی قانونی به حساب می‌آید؛ و باکرگی قبل از ازدواج بسیار با اهمیت است؛ تمایل جنسی و مشورت در مورد مشکلات جنسی هنوز هم به نوعی تابو می‌باشد (Zgueb, Ouali, Achour, RJomli & Nacef, 2019).

از آن‌جا که واژینیسوس هنوز یک تابو محسوب می‌شود، زنان مبتلا به‌راحتی شکایت خود را مطرح نمی‌کنند و ممکن است از مشاوره با یک متخصص زنان اجتناب کنند. حدود ۱۹٪ از زنان مبتلا به اختلالات جنسی به همین دلیل با متخصص زنان خود مشورت می‌کنند، درحالی‌که حداکثر ۵۰٪ از زنان مبتلا مشکل خود را در طی مراجعه‌ی منظم به متخصص زنان خود ذکر می‌کنند (Muammar, McWalter, Alkhenizan, Shoukri, Gabr & Muammar, 2015; Bokaie, Khalesi & Yasini-Ardekani, 2017).

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

در پژوهشی که توسط صفاری‌نژاد (۲۰۰۶) در ۲۸ استان ایران جهت بررسی شیوع و عوامل خطر اختلالات جنسی زنان انجام گرفت، نشان داده‌شد که ۲۶/۷٪ زنان ۲۰ تا ۶۰ سال مشکل درد حین نزدیکی داشتند؛ که دومین اختلال شایع در زنان محسوب می‌شود. علی‌رغم این‌که میزان شیوع واژینیسوس به‌عنوان اختلال درد جنسی در اکثر مطالعات داخلی و خارجی به‌صورت دقیق و واضح بیان نشده‌است، اما واژینیسوس دومین رتبه از لحاظ شایع‌ترین اختلال جنسی زنانه را کسب کرده‌است. در پژوهشی دیگر نیز میزان شیوع واژینیسوس در بین زنان ایرانی که در برنامه تنظیم خانواده حضور داشتند، ۸٪ گزارش شد (شکرالهی، میرمحمدی، محرابی و بابایی، ۱۹۹۹). همچنین نتایج پژوهش فرنام، جان‌قربانی، مرآتی‌خویی و ریسی (۲۰۱۴) نیز نشان داد که در بین ۲۲ زن مبتلا به واژینیسوس، میزان ۷۳٪ مبتلا به واژینیسوس اولیه بودند. اگرچه شیوع این اختلال در ایران به‌صورت دقیق مشخص نشده است، اما بنا به برخی دلایل فرهنگی و تربیتی مانند ارتباط قوی بین تابو بودن پرداختن به مسائل و فعالیت جنسی در بین افراد مجرد و ارزش قوی بکارت دختر در شب زفاف، انتظار می‌رود این مشکل شیوع بالایی در ایران به نسبت کشورهای که چنین فرهنگ و اعتقاداتی ندارند، داشته‌باشد (Crowley, Goldmeier & Hiller, 2009). نکته‌ای در خصوص پژوهش‌های انجام گرفته در ایران به چشم می‌خورد، محدود بودن تعداد و قدیمی بودن تاریخ آمارگیری‌هاست. این موضوع خود می‌تواند نشان از تابو بودن و خاص بودن این اختلال در تفکر خانواده‌ها، زنان و حتی مردان ایرانی باشد.

لازم به ذکر است که این اختلال توسط ۴٪ زنان به‌عنوان اختلال جنسی گزارش می‌شود که در میان آنان، جوان‌ترین زنان در رده سنی ۱۶-۱۹ سال (۳٪) و ۲۰-۲۹ سال (۱٪) قرار دارند (Badran, Moamen, Fahmy, El-Karaksy, Abdel-Nasser & Ghanem, 2006). همچنین ۱۲٪ از زنان که از واژینیسوس رنج می‌بردند در حداقل ۵۰٪ از مواقع حدود ۴٪ آن‌ها همیشه از واژینیسوس رنج خواهند

برد (شکرالهی و همکاران، ۱۹۹۹). در مطالعه دیگری نیز نشان داده‌شد که ۷۳٪ از زنانی که مبتلا به واژینیسموس هستند، دارای واژینیسموس اولیه می‌باشند (فرنام و همکاران، ۲۰۱۴).

### ۳- روش‌شناسی

مطالعه حاضر از نوع پژوهش مروری سیستماتیک بود. بدین منظور کلیدواژه‌های روان‌شناسی واژینیسموس، اختلال واژینیسموس، اختلال درد / دخول، تناسلی، درد، زنان، اختلالات زنان، اختلالات جنسی، جنسیت، درمان واژینیسموس و سبب‌شناسی در پایگاه داده‌های Springer، Science Direct، PubMed، SID، Magiran، Noormags، Civilica و جست‌وجو و مجموعه مقالات مرتبط از ۱۹۴۰ تا ۲۰۲۱ استخراج شد. با توجه به کم‌بودن مطالعات در این زمینه و خاص بودن موضوع مورد مطالعه، تمامی مقالات (حدود ۱۰۰ مقاله) مرتبط با سبب‌شناسی و درمان این اختلال، حتی با پژوهش‌های موردی و نمونه‌ی محدود، مورد بررسی و توجه قرار گرفت. لازم به ذکر است که از این تعداد، تنها یکی از مقالاتی که از نظر محتوا و نتیجه مشابه و یکسان بودند انتخاب شدند و از ذکر مقالات مشابه خودداری گردید. با بررسی پژوهش‌های انجام‌گرفته، در این مقاله، واژینیسموس، از جنبه‌های مختلفی اعم از میزان شیوع، در کشورمان ایران و مقایسه با دیگر کشورها، بافت فرهنگی، دلایل مختلف و پیامدها مورد نگرش قرار گرفته است. همچنین در این مقاله به بررسی راه‌های مختلف درمان و میزان اثربخشی آن‌ها اشاره شده که در مقالات مروری دیگر به این مورد پرداخته نشده است.

### ۴- یافته‌ها

با بررسی مقالات مرتبط در سال‌های گذشته که پژوهش در مورد این اختلال انجام گرفته، مشخص شد اختلال درد / دخول تناسلی از رایج‌ترین اختلالات در زنان می‌باشد. این اختلال در کیفیت رابطه‌ی جنسی و همچنین سلامت روان زوجین بسیار تأثیرگذار است. از طرفی به دلایل مختلف زنان کمتر به این اختلال توجه کرده و برای درمان مراجعه می‌کنند. بعضاً درمان‌های مختلف نیز به صورت قطعی پاسخ‌گو نیست. آنچه با بررسی پژوهش‌ها به دست آمد و حائز اهمیت است که مورد توجه قرار گیرد، در ذیل ارائه می‌گردد.

#### ۴-۱- سبب‌شناسی

از زمان جیمز ماریون سیمز<sup>۱</sup> (اولین فردی که اصطلاح واژینیسموس را در سال ۱۸۶۲ ابداع کرد) تا به امروز، عوامل و نظریه‌های بسیار متفاوتی در مورد چگونگی بروز واژینیسموس معرفی شده است. این عوامل هم به صورت مجزا و هم در ترکیب با یکدیگر می‌توانند در بروز علائم واژینیسموس مؤثر باشند. به همین جهت با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، موارد ذیل به عنوان عوامل بروز واژینیسموس معرفی شدند.

#### ۴-۲- اطلاعات غلط، امتناع و احساس گناه در مورد مسائل جنسی

بنا بر گزارش الیسون<sup>۲</sup> (۱۹۶۸) حدود ۹۰٪ از بیماران، سطوح بالایی از بی‌توجهی و اطلاعات نادرست در رابطه با مسائل جنسی را نشان می‌دادند. برای مثال بعضی از زنان معتقد بودند که قاعدگی، کثیف است و یا برای آنکه بتوانند بارور شوند حتماً باید به ارگاسم

1. James Marion Sims  
2. Ellison

برسند. داوکینز و تایلور<sup>۱</sup> (۱۹۶۱) اظهار داشتند که امتناع همراه با عدم پذیرش یا عدم جست‌وجو در رابطه با یادگیری مسائل مربوط به جنسیت، بیشتر می‌تواند قسمتی از نشانه باشد تا علت آن؛ یکی از مطالعات انجام‌شده نشان داد که تنها یک ششم بیماران در خانه آموزش و اطلاعات مستقیم دریافت کرده‌بودند. با این وجود در پژوهش دادل<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) تفاوت معناداری بین میزان اطلاعات زنان مبتلا یافت نشد. ایسون (۱۹۶۸) عامل دیگری که در ایجاد واژینیسموس تأثیرگذار است را احساس گناه معرفی نمود؛ احساس گناه نتیجه تضاد عمیق جنسی بود که در مقابل منجر به ترس از تنبیه و حتی عکس‌العمل دفاعی فیزیکی شدید می‌شد. زنان مبتلا به واژینیسموس به‌طور کلی احساس شرم، تنفر و عدم علاقه به اندام تناسلی خود را تجربه می‌کنند (Silverstein, 1989; Liang, Jeng, Yang, Chou, ) (Chiang, Tzeng & et al., 2003).

#### ۳-۴- آزار جنسی، ترس از درد

چندین نوع واژینیسموس توصیف شده است. بیشترین نوعی که در تاریخچه‌ی این اختلال از آن صحبت شده، واژینیسموس اولیه و واژینیسموس ثانویه می‌باشد. در مورد واژینیسم اولیه، دخول هر نوع شیء به داخل واژن غیرممکن است. واژینیسموس ثانویه پس از یک رابطه جنسی طبیعی رخ می‌دهد که غالباً ماشه‌چکان آن یک واقعه آسیب‌زا در ارتباط با ناحیه تناسلی است (Möller, Josefsson, ) (Bladh, Lilliecreutz & Sydsjö, 2015; Binik, 2010). تجربه ترومای جنسی یا مشاهده آن، یکی از عوامل اصلی در پیشرفت واژینیسموس می‌باشد. تجارب جنسی تراماتیک که خود نیز گاهی اوقات به علت خود واژینیسموس می‌باشد و یا مشاهده‌ی آن نیز می‌تواند ماشه‌چکان و یا تشدیدکننده واژینیسموس باشد (Binik, 2010; Zgueb et al., 2019).

داوکینز و تایلور (۱۹۶۱) معتقد بودند که ترس از درد علامت است اما دیگر پژوهشگران معتقد بودند ترس از درد نقش مهمی در این اختلال دارد. بسیاری از تجارب دوران کودکی ریشه در همین ترس از درد دارد؛ مانند تروماهای دوران کودکی همچون تنبیه و شیاف (Malleon, 1942)، ترس از پدری خشن (Silverstein, 1989) و شرایط منفی مادرانه (Shortle & Jewelewicz, 1986).

#### ۴-۴- بیماری‌ها

تعدادی از بیماری‌های ارگانیک به‌عنوان سبب‌شناسی واژینیسموس در نظر گرفته می‌شوند؛ مانند بیماری مقاربتی<sup>۳</sup>، آندومتریوز<sup>۴</sup>، ناهنجاری‌های مادزادی<sup>۵</sup>، تروما همراه با جراحی واژن<sup>۶</sup> یا پرتودرمانی<sup>۷</sup>، وجود زخم به علت ترومای کودکی<sup>۸</sup>، آتروفی واژن<sup>۹</sup>، نقص استروژن پس از یائستگی<sup>۱۰</sup>، درد عصب پودندال<sup>۱۱</sup>، بیماری التهابی لگن<sup>۱۲</sup>، افتادگی اندام‌های لگن<sup>۱۳</sup>، بیماری سرخرگ محیطی<sup>۱۴</sup>، ضایعه

1. Dawkins and Taylor
2. Duddle
3. Sexually transmitted disease
4. Endometriosis
5. Hymeneal and congenital abnormalities
6. Trauma associated with genital surgery
7. Radiotherapy
8. Scarring from childhood trauma
9. Vaginal atrophy
10. Postmenopausal oestrogen deficiency
11. Pudendal neuralgia
12. Pelvic inflammatory disease
13. Pelvic organ prolapse
14. Peripheral vascular disease

و تومور واژن<sup>۱</sup> و سرطان<sup>۲</sup> (Reissing, Binik, Khalif, Cohen & Amsel, 2033; Reissing, 2009). علاوه بر این، این اختلال بیشتر در میان زنان مبتلا به دیابت، ام‌اس<sup>۳</sup> و یا آسیب نخاعی<sup>۴</sup> نیز دیده می‌شود که منجر به رطوبت پایین واژن و اندازه نامناسب دهانه واژن می‌شود. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که ماهیچه‌های لگنی به‌طور غیرمستقیم توسط سیستم لیمبیک تحریک و به‌طور بالقوه به حالت‌های هیجانی واکنش نشان می‌دهند (Frasson, Graziottin, Priori, Dall'Orta, Didonè, Garbin & et al., 2009). همچنین با مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، سابقه رابطه جنسی آسیب‌زا، ناآگاهی از فیزیولوژی و عملکرد جنسی، محدودیت‌های مذهبی منفی و سایر مسائل روان‌شناختی همراه است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸).

به‌طور کلی درک منفی در مورد جنسیت، زندگی در فضای خانوادگی آشفته، مشکلات جنسی با شریک زندگی مرد، سوءاستفاده جنسی و جسمی، آسیب‌های پاتروژنیک (کاتر مجاری ادرار، انما، معاینه دستگاه تناسلی)، افسانه‌های جنسی، محافظه‌کاری مذهبی، درگیری-های رابطه‌ای و بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله آن‌ها است (Konkan, Bayrak, Gönüllü, Senormanci & Sungur, 2012; Şafak, Öztürk & Arkar, 2017; Pacik & Geletta, 2017; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen & Amsel, 2004).

#### ۴-۵- عوامل فرهنگی

بسیاری از افرادی که از جامعه مسلمان و عرب‌زبان به کشورهای غربی مهاجرت می‌کنند، فرهنگ جامعه میزبان را به‌سرعت می‌پذیرند؛ باورها و رفتار در کودکی آموخته می‌شوند و یا مرتبط با دین و مذهب فرد در دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد (Zgheb et al., 2019). ریسک فاکتورهای اجتماعی بسیاری مانند شیوه آموزش جنسی در خانواده‌ها و مدرسه و یا دیدگاه دین و مذهب به این موضوع برای رشد واژینیسوس مشخص شده‌است. همچنین عوامل دیگری مانند عدم آموزش جنسی کافی، بی‌توجهی، داشتن احساس گناه در مورد تمایل جنسی، ترس از درد، ویژگی‌های شخصیتی هیستریونیک، کمال‌گرایی، عزت نفس پایین همراه با ترس از ارزیابی منفی و تجربه آزار جسمی و یا جنسی در کودکی به‌عنوان علل اصلی واژینیسوس معرفی شدند (Van Lankveld, Granot, Schultz, Binik, Wesselmann, Pukall & et al., 2010). آموزه‌های سخت‌گیرانه مذهبی و تابوهای فرهنگ نیز به‌عنوان دیگر علل معرفی شدند (Ellison, 1968; Reissing, Binik & Khalifé, 1999). گزارش‌های بالینی نشان می‌دهند که زنان مبتلا به واژینیسوس، دیدگاه منفی در رابطه با رابطه جنسی دارند. آن‌ها تحت تأثیر باورهای مذهبی یا جنسی سفت و سختی که با آن بزرگ شدند، هستند همچون باور به اینکه رابطه جنسی غلط است و یا دخول با درد، جراحت و خونریزی همراه است. علاوه بر این، ممکن است از بارداری، زایمان و یا ایدز بترسند (Saadat, 2014). ریزینگ و همکاران (۲۰۰۳) گزارش کردند که سوءاستفاده جنسی در سنین پایین در میان مبتلایان رایج است.

#### ۴-۶- تشخیص

برای تشخیص واژینیسوس، تاریخچه هر فرد بسیار مهم است. همچنین این اختلال باید به‌عنوان بخشی از تشخیص افتراقی باشد برای افرادی که ترس از دخول دارند با افرادی که هیچ‌گاه رابطه بدون درد نداشتند. واژینیسوس در افراد از ملایم تا شدید درجه-بندی می‌شود. در نمونه‌های شدید برقراری رابطه جنسی غیرممکن است و با هر روشی، درد تا چندین روز باقی می‌ماند. عدم داشتن

1. Vaginal lesion and tumors
2. Cancer
3. Multiple sclerosis
4. Spinal cord injury

رابطه جنسی راحت در پیشینه فرد برای تمایز واژینیسموس از دیسپارونی<sup>۱</sup> بسیار مهم است چراکه در دیسپارونی، آمیزش بدون لذت همراه با درد می‌باشد. در زنان مبتلا به واژینیسموس اولیه، دخول راحت اتفاق نمی‌افتد و همین مسئله رایج‌ترین دلیل برای ازدواج بدون وصال است. زنان مبتلا به واژینیسموس ثانویه، روابط جنسی نرمالی را تجربه می‌کنند و گاهی زایمان طبیعی هم دارند اما ممکن است همراه با عفونت باشد و یا زایمان طبیعی به‌عنوان ماشه‌چکان درد برای دخول در روابط بعدی باشد (Pacik, 2011).

لامونت در سال ۱۹۷۸ واژینیسموس را با توجه به تاریخچه بیماران در حین معاینه، به ۵ درجه طبقه‌بندی کرد. طبقه اول نوع خفیف که در آن ماهیچه‌های واژن سفت و محکم بود اما بیمار قادر به شل کردن عضلاتش بود با اندکی تلاش معاینه میسر می‌شد. نوع دوم نیز ماهیچه‌ها سفت بودند و بیمار قادر به شل کردن عضلاتش نبود اما معاینه انجام می‌شد. در نوع سوم بیمار با بالابردن باسن خود از معاینه امتناع می‌کرد و در نوع چهارم بیمار با بالابردن باسن خود، جمع کردن پاها از انجام معاینه جلوگیری می‌کرد. همچنین پاسیک نوع پنجم را به این طبقه‌بندی اضافه کرد که در آن بیمار پاسخ‌هایی مانند گریه، لرزش، تکان خوردن، تعریق، تنفس عمیق و بریده‌بریده، تهوع، استفراغ، بیهوشی، تلاش برای پریدن از روی تخت و حمله به دکتر را از خود نشان می‌دهد (Pacik, 2010; Pacik, 2011).

#### ۴-۷- پیامدها

واژینیسموس می‌تواند منجر به مقاربت دردناک<sup>۲</sup>، ناباروری<sup>۳</sup> و ناکارآمدی جنسی<sup>۴</sup> در زوجین شود که اغلب با اختلال نعوظ ثانویه<sup>۵</sup> در مرد همراه است (Klein, Koops, Lange & Briken, 2015) و بنابراین تأثیر شدیدی در کیفیت روابط زناشویی داشته باشد (Zgueb et al., 2019). برای بسیاری از این نمونه‌ها، طلاق رایج‌ترین پیامد این مشکل است (Pacik, 2011). همچنین این مسئله موجب پریشانی قابل توجه و پایین آمدن کیفیت زندگی زنان می‌شود (Konkan et al., 2012).

واژینیسموس می‌تواند به‌صورت فوبی خاص همراه با اضطراب و وحشت شدید در نظر گرفته شود که توسط یک موقعیت و یا شیء خاص برانگیخته می‌شود. هنگامی که این موقعیت ترسناک، جنسی باشد می‌تواند به ترس از دخول منجر شود (Reissing et al., 2004; Melzack, 2005). ترس از موقعیت جنسی می‌تواند به علت ترس از درد تقویت شود (Basson, Binik, Eschenbach, 2005; Wesselmann & Van Lankveld, 2005). واژینیسموس ممکن است منجر به ناباروری شود و ممکن است بر درک زن از زنانه بودن و توانایی مادرانه بودن او تأثیر بگذارد (Möller et al., 2015). در برخی فرهنگ‌ها، حتی تصور «زن بودن» به معنای توانایی بارداری و به دنیا آوردن فرزند است (Collier, F., & Cour, 2013; Simons & Carey, 2001).

زنان مبتلا به واژینیسموس علی‌رغم وضعیت خود تمایل فزاینده‌ای به بچه‌دار شدن نشان می‌دهند و علیرغم مشکلاتی که به دلیل شرایط خود با آن‌ها روبرو می‌شوند، آن‌ها قصد بارداری را دارند (Goldsmith, Levy, Sheiner, Goldsmith, Levy & Sheiner, 2009; Rosenbaum & Padoa, 2012). واژینیسموس و بارداری وضعیت خاصی ایجاد می‌کنند که می‌تواند علائم اساسی را تشدید کند، به‌خصوص اگر پزشکان از شرایط خاص زنان چشم‌پوشی کنند و آن‌ها را به روشی ناکافی درمان کنند (Achour, Koch, Zgueb, 2019; Ouali & Ben Hmid, 2019).

1. Dyspareunia
2. dyspareunia
3. infertility
4. Sexual dysfunction
5. Secondary erectile dysfunction

**۴-۸- درمان‌ها**

در رابطه با درمان اختلال واژینیس‌موس، روش‌های مختلفی به کار گرفته شده که از میان این روش‌ها می‌توان به درمان‌های روان‌شناختی که متمرکز بر شناخت و رفتار است و درمان‌های پزشکی که صرفاً بر واکنش‌های فیزیولوژیکی متمرکز است اشاره کرد. در ادامه به انواع درمان‌های روان‌شناختی و پزشکی و میزان اثربخشی آن‌ها در درمان این اختلال اشاره می‌شود.

**۴-۸-۱- درمان روان‌شناختی**

درمانگران در درمان شناختی، فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند؛ بنابراین، کشف این خود تلقینی‌های زیادی می‌کند (Araoz, 2005). اجزای شناختی دربردارنده نگرش‌ها، باورها، دانش فرد از مسائل جنسی و نیز مهارت‌های توجه و تمرکز می‌باشند. شناخت‌های ناسازگارانه، نقش مهمی در چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت‌های جنسی و درنهایت در چرخه پاسخ جنسی فرد ایفا می‌کند. درمان شناختی رفتاری، با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری‌های هیجان‌های منفی در کنار سایر درمان‌ها برای درمان اختلالات جنسی پیشنهاد می‌شود (محرابی، دادفر و چیمه، ۱۳۸۵). رفتاردرمانی، منشأ مشکلات جنسی را در رفتارهای یاد گرفته شده می‌داند. اندیشه اساسی رفتارنگری این است که مشکلات جنسی، نتیجه یادگیری در گذشته است و با تشویق یا تنبیه‌های انجام شده، آشکار می‌شود و موضوع اصلی آن بر مشکلات رفتاری و چگونگی ارتباط مجدد با آن متمرکز شده است (کجباف، ۱۳۸۷).

درمان واژینیس‌موس اغلب درمان روانی است که درمان شناختی-رفتاری<sup>۱</sup> نتایج مؤثری در این زمینه داشته‌است. این روش اساساً شامل دو تکنیک آموزش جنسی<sup>۲</sup> و مواجهه‌سازی سلسله‌مراتبی<sup>۳</sup> می‌باشد (موسوی‌نصب و فرونش، ۱۳۹۴، Van, Kabakçi & Batur, 2003; ; Lankveld, ter Kuile, de Groot, Melles, Nefs & Zandbergen, 2006). در نظر گرفتن بافت فرهنگی افراد شرکت‌کننده در درمان شناختی-رفتاری، حائز اهمیت است چراکه این مسئله به درک انتظارات مراجعه‌کنندگان و خانواده آن‌ها و سیستم فکری آن‌ها در مورد اختلال کمک می‌کند (Zgueb et al., 2019).

درمان شناختی-رفتاری مهم‌ترین نوع مداخله است و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در زمینه‌های مختلف مربوط به عملکرد جنسی مانند تعداد دفعات رابطه جنسی، رضایت جنسی، رفتار اجتنابی و شهوت مؤثر بوده‌است (Öztürk & Arkar, 2017). کار گروهی، کلید اصلی درمان است و مشاوره پس از درمان معمولاً مورد نیاز است (Saadat, 2014). مشاوره جنسی به زوج‌ها کمک می‌کند تا بتوانند ارتباط بهتری با یکدیگر برقرار کرده، توافق جنسی بهتری با یکدیگر داشته‌باشند و در کاهش اضطراب و افسردگی آن‌ها نیز نقش مهمی دارد (Engman, Wijma & Wijma, 2010). هالورسن و میتز<sup>۴</sup> (۱۹۹۲)، رفتاردرمانی شناختی، آموزش آرمیدگی، هیپنوتیزم و راهنمایی ذهنی و گروه‌درمانی و روش‌های ویژه‌ای مانند خود انگیزی مستقیم، روش شروع-توقف و حساسیت‌زدایی منظم را به‌عنوان درمان‌های موفق عملکرد نامطلوب جنسی بیان کرده‌اند.

مطالعات متعدد، حساسیت‌زدایی تدریجی حاصل از تمرینات رفتاری با استفاده از دیلاتور یا ابزار جایگزین را به‌عنوان روش درمانی موفق در درمان واژینیس‌موس معرفی می‌کنند (Macey, Gregory, Nunns & das Nair, 2015). بر اساس مدل رفتاری

1. Cognitive Behavioral Therapy(CBT)
2. Sexual education
3. Hierarchic exposure
4. Hallvorsen & Metz



واژینیسوس، واکنش واژینیستیک نشان‌دهنده‌ی یک پاسخ ترس شرطی شده به محرکی خاص (محرک جنسی و محرک‌های مشابه) است. بدین ترتیب، مواجهه عینی با محرک ترس‌آور، در کاهش تهدید درک‌شده نسبت به آمیزش جنسی می‌تواند مؤثر عمل کند (Engman et al., 2010). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که در اغلب بیماران واژینیسوس اطلاعات نادرستی مبنی بر ترسناک و دردناک بودن عمل مقاربت وجود دارد. به‌علاوه، دیده شده است که چنین بیمارانی معمولاً از اطلاعات کافی در مورد روش درست برقراری مقاربت و همچنین استفاده درست از دیلاتور یا سایر ابزار جایگزین در حین تمرینات رفتاری در درمان مواجهه‌ای برخوردار نیستند (Huber, Pukall, Boyer, Reissing & Chamberlain, 2009)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری با دربرداشتن مؤلفه‌های آموزش جنسی و حساسیت‌زدایی تدریجی ترس آن‌ها، به همراه روش درمانی بیوفیدبک به‌منظور کمک به بیماران در کنترل ارادی و افزایش آرمیدگی عضلات کف لگن، می‌تواند به‌عنوان درمانی کوتاه‌مدت و با اثربخشی بالا در مورد بهبود این‌گونه بیماران عمل کند (رستمی، رامش و همت‌بلند، ۱۳۹۵).

#### ۴-۸-۲- درمان پزشکی

مداخلات بسیاری جهت درمان واژینیسوس پیشنهاد شده‌است که شامل درمان‌های آموزش جنسی تا کاهش ترس و اضطراب از دخول می‌باشد. برخی درمان‌ها شامل آموزش معاینه زنان (Flanagan, Herron, O'Driscoll & Williams, 2015)، استعمال داروهای موضعی (Praharaj, Verma & Arora, 2006)، بیوفیدبک لگن (Seo, Choe, Lee & Kim, 2005)، دیلاتور<sup>۱</sup> یا حساسیت‌زدایی واژن<sup>۲</sup> با روش‌های مختلف آرام‌سازی (سعادت، ۲۰۱۴؛ Weinberger, Houman, Caron & Anger, 2019؛ Zukerman, Roslik & Orvieto, 2005) الکترومیوگرافی<sup>۳</sup> و بازخورد زیستی (Fageeh, 2011) و جراحی (Ramli, Nora, Roszaman & Hatta, 2012) می‌شود. بیوفیدبک روش درمانی است که با به‌کارگیری ابزارهای الکتریکی، اطلاعاتی را در مورد اعصاب و عضلات و فعالیت‌های خودمختار بدن اندازه‌گیری و پردازش می‌کند و در قالب بازخورد صوتی یا تصویری به بیمار و پزشک معالج وی نشان می‌دهد. بیوفیدبک به بیماران کمک می‌کند تا با کسب آگاهی بیشتر از فعالیت‌های خودمختار بدن خود، کنترل ارادی خود را بر روی این فعالیت‌ها افزایش دهند (Schwartz & Andrasik, 2017). درمان به روش بیوفیدبک به‌تنهایی و یا همراه با درمان فیزیکی به بیماران در درک چگونگی کاهش تنش ایجادشده در ناحیه لگنی هنگامی که ماهیچه‌ها فعال هستند، کمک می‌کند. بیمارانی که نسبت به لمس ناحیه لگنی و یا هر نوع دخول حساسیت شدید دارند و ترس و اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند، از طریق این درمان نتیجه نمی‌گیرند (Crowley et al., 2009, Pacik, 2014).

اثربخشی درمان با دیلاتور زیاد نبوده اما با این‌حال متخصصان معتقدند که این روش هم از نظر جنبه‌های فیزیکی و هم روانی برای کنار آمدن با ترس و اضطراب از دخول، مفید است. این روش برای بیماران با درجه خفیف مناسب است چون در نمونه‌های شدید حتی با استفاده از این روش به مدت یک سال نیز بهبودی حاصل نشده است (Pacik & Cole, 2010; Pacik, 2011). هیپنوتیزم درمانی یک مداخله درمانی است که بیمار را به سمت افکاری چون رضایت و تجربه عالی حین آمیزش جنسی هدایت می‌کند (Al-Sughayir, 2005).

1. Dilator
2. Vaginal desensitization
3. electromyography

تزریق سم بوتولینوم (بوتاکس) نوع A نیز به نظر می‌رسد که از درمان‌های مؤثر برای واژینیسموس از نوع خفیف تا شدید باشد. غزیزاده و نیک‌نژاد در سال ۲۰۰۴ در ایران بر روی ۲۴ بیمار، از تزریق بوتاکس برای درمان واژینیسموس استفاده کردند که ۷۵٪ از آنان به رضایت از آمیزش جنسی دست یافتند و پس از ۲۴ ماه بررسی نتایج پایدار ماندند. پژوهش‌های آبوت، جارویس، لیونز، تامسون و وانسایل<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، السیبی<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) و برتولاسی، فراسون، کپلیتی، ویستینیف بوردیگنون و گرازیتین<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) نیز نشان دادند که استفاده از سم بوتولینوم نوع A برای درمان واژینیسموس مؤثر است.

#### ۴-۸-۳- درمان تهاجمی

گاهی اوقات در درمان واژینیسموس / درد تناسلی-لگنی، از روش‌های تهاجمی نیز استفاده می‌شود اما تا به امروز در رابطه با استفاده از مداخلات با استفاده از فراصوت<sup>۴</sup> که مهار از سطح درون‌فاشیا<sup>۵</sup> نامیده می‌شود، گزارشی نشده است. هدف از این روش استفاده از اثرات بی‌حسی موضعی بر سیستم حسی-حرکتی از طریق فواصل و مسیرهای بالقوه میان بافت همبند<sup>۶</sup> (فاشیا) بدون دخالت یا تماس مستقیم سوزن با عصب یا شبکه عصبی موردنظر است. مواد بی‌حسی موضعی احتمالاً از طریق فاشیا یا فورامینا (سوراخ)<sup>۷</sup> به عصب موردنظر می‌رسد. جدیدترین و محبوب‌ترین روش از میان روش‌های ذکر شده مربوط به مداخلات با استفاده از فراصوت، ESPB<sup>۸</sup> است. ESPB برای اولین جهت درمان درد عصبی قفسه‌سینه در سال ۲۰۱۶ توسط فوررو و همکارانش معرفی شد (Forero, Adhikary, Lopez, Tsui & Chin, 2016). ییلماز، آهیسکالی‌اُغلو، آهیسکالی‌اُغلو، تولگار، آیدین و کومتپه<sup>۹</sup> (۲۰۲۰) با استفاده از روش ESPB و دیلاتسیون پیش‌رونده به نتایج مؤثری در درمان واژینیسموس دست یافتند. در پژوهش آن‌ها ۷۳٪ موفقیت درمان در تمامی ۱۵ نفر شرکت‌کنندگان و ۸ مورد بارداری مشاهده شد. با این حال از آنجایی که اثربخشی همه این مداخلات برای هر فرد متفاوت است، هیچ رویکرد استاندارد یا به‌حال پیشنهاد نشده است. بیماران مبتلا به واژینیسموس از وضعیت خودآگاه هستند و در صورت تمایل، درمان امکان‌پذیر است. از نظر میزان موفقیت هیچ تفاوتی بین روش‌های درمانی وجود ندارد. با این حال، بیماران در صورت داشتن سابقه واژینیسموس در بستگان خود یا در حضور شریکی که می‌گوید این عمل تقصیر خود وی است، مقاومت بیشتری در برابر درمان دارند (Anđın, Gün, Sakin, Çıkman, Eserdağ & Anđın, 2020).

#### ۵- بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعات گسترده و شیوع نسبتاً بالای این اختلال، آنچه مشخص است، تأثیر عوامل تربیتی، فرهنگی، دینی، به‌چشم می‌خورد. در وهله‌ی اول، سبک تربیتی مستبدانه، محدودیت‌های شدید، باورهای دینی متعصبانه در نگاه دختران به جنسیت خود و رابطه‌ی جنسی (حتی با ازدواج) بسیار در ایجاد این اختلال تأثیرگذار است. تفکر در مورد گناه بودن رابطه‌ی جنسی، شرم‌آور بودن آن، حتی یک گام عقب‌تر شرم‌آور بودن عادت ماهیانه و مخفی نگاه داشتن آن و در کل و بالاتر از همه آموزش به دختران در

1. Abbott, Jarvis, Lyons, Thomson & Vancaille
2. El-Sibai
3. Bertolasi, Frasson, Cappelletti, Vicentini, Bordignon & Graziottin
4. Ultrasound-guided interventions
5. Interfacial plan block
6. Fascia
7. Foramina
8. Erector Spinae Plane Block(ESPB)
9. Yilmaz, Ahiskalioglu, Ahiskalioglu, Tulgar, Aydin & Kumtepe

خصوصاً مخفی کردن هر آنچه به بدنشان و فیزیولوژی آن مربوط می‌شود، جنسیت خود به‌عنوان یک دختر، می‌تواند عامل مهمی در ایجاد این اختلال باشد.

داستان‌سرایی در خصوص درد ناشی از دخول در بین نوجوانان (به دلیل عدم آگاهی صحیح و آموزش از سوی بزرگسالان) نیز در ذهن دختران نوجوان تا زمان رسیدن به سن ازدواج باقی می‌ماند. در کنار شیوه‌ی تربیتی، بافت فرهنگی که فرد در آن بزرگ شده و باورهایش شکل می‌گیرد نیز، مؤثر است. فرهنگی که در آن دو جنس مخالف را از هر گونه رابطه‌ی سالم نیز بر حذر می‌دارد و اجازه‌ی هیچ‌گونه ارتباط و شناخت جنس مخالف را بخصوص به دختران نمی‌دهد؛ ترس شب زفاف را در دل تازه‌عروسان صدچندان می‌کند. فرهنگی که ابزار آموزشی مناسب اعم از کتاب، نشریه، مجله، رسانه‌های ارتباط جمعی، آموزشگاه‌ها، مدارس و مربیان آموزش دیده را در اختیار نسل جوان و تازه به بلوغ رسیده قرار نمی‌دهد، قطعاً یک عامل شیوع این اختلال است. نگاه متعصبانه و افراطی مذهبی به رابطه‌ی جنسی، عدم گفتگو به شیوه‌ی صحیح و در کل کتمان کردن چنین رابطه‌ای که جزئی از سیستم بدنی موجود زنده و اصلی‌ترین عامل بقا و تکثیر ژن و نژاد است، نیز در کنار عوامل دیگر نقش مهمی را ایفا می‌کند. تمامی این عوامل، اعم از این‌که عامل ایجاد کننده‌ی اختلال واژینیسیموس می‌باشند؛ جزو عواملی هستند که بعد از ایجاد نیز، مانع پیگیری و درمان آن توسط فرد بیمار می‌شوند.

در کنار آموزش صحیح دختران و افزایش آگاهی آنان در رابطه با مسائل مربوط به جنسیت و آموزه‌های جنسی، پسران نیز به آموزش نیاز دارند؛ چراکه فردی که به واژینیسیموس مبتلا است نیاز به حمایت دارد، این شخص به علت افکار و بارهای غلط، آموزش‌های ناکافی و فرهنگ متعصب از هر نظر تحت فشار است و اگر همسر وی نیز او را درک نکند و به‌جای دعوت به آرامش و مراجعه به متخصص، از او انتقاد کند، به زور متوسل شود و یا تحت فشار روانی قرار دهد، به احتمال زیاد موجب تشدید شرایط خواهد شد. از طرفی هنگامی که به فرزندان پسر آموزش داده شود که زن صرفاً ابزاری برای ادامه نسل نیست و به او به این دید نگاه نکنند، طبیعتاً می‌توانیم شاهد کاهش میزان شیوع این اختلال باشیم. درواقع با برطرف‌شدن محدودیت‌های غلط مذهبی، فرهنگی و محیطی می‌توانیم شاهد کاهش شیوع این اختلال باشیم.

پس با توجه به نکات گفته شده، گام اول، تغییر در سبک تفکر و تربیتی والدین در یک جامعه حائز اهمیت است. گام دوم، آموزش صحیح در خصوص رابطه‌ی جنسی به دختران نوبلوغ و تهیه‌ی محتوا و ابزار آموزشی در دسترس می‌باشد؛ تا شرم نهفته در پس ذهن افراد از برقراری یک رابطه‌ی جنسی سالم و لذت‌بخش از میان برداشته شود. گام سوم نیز در راستای گام دوم و آموزش به پسران در خصوص رابطه جنسی و آموزش آنان در رابطه با آمادگی روانی همسرانشان در آینده، بسیار مفید خواهد بود. لازم به ذکر است که آموزش دختران و پسران از سنین پایین می‌تواند متناسب با سن و میزان درک آنان انجام شود و با بزرگ‌شدن فرزندان، آموزش‌ها پیشرفته‌تر شوند.

## ۶- تقدیر و تشکر

با سپاس فراوان از جناب آقای دکتر خرم‌دل استاد بزرگوار که در انجام این پژوهش بسیار ما را یاری رساندند.

## ۷- منابع

- ۱- رستمی، ر.، رامش، ر.، و همت‌بلند، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک در درمان مبتلایان به واژینیسیموس: یک مطالعه پایلوت. *مجله سلامت جامعه*، ۱۰(۱)، ۷۲-۷۷.
- ۲- کجیاف، م. ب. (۱۳۸۷). *روانشناسی رفتار جنسی*. انتشارات روان. تهران.

- ۳- محمدی، م. م.، موسوی‌فرد، ز.، بیرمی، ع.، زارعی، ش.، و شیلان عزیز، ش. (۱۳۹۸). بررسی عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس: مرور سیستماتیک. چهارمین کنگره بین‌المللی زیست‌شناسی.
- ۴- مهربابی، ف.، دادفر، م.، و چیمه، ن. (۱۳۸۵). اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۲(۱)، ۹-۱۵.
- ۵- موسوی‌نسب، م.، و فرنوش، ز. (۱۳۹۴). مدیریت واژینیسموس با درمان شناختی-رفتاری، رویکرد خودانگشتی: مطالعه ۷۰ مورد. *مجله علوم پزشکی ایران*، ۲۸(۲)، ۶۹-۷۱.
- 6- Abbott, J. A., Jarvis, S. K., Lyons, S. D., Thomson, A., & Vancaille, T. G. (2006). Botulinum toxin type A for chronic pain and pelvic floor spasm in women: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 108(4), 915-923.
- 7- Achour, R., Koch, M., Zgueb, Y., Ouali, U., & Ben Hmid, R. (2019). Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychology research and behavior management*, 137-143.
- 8- Addar, M. H. (2004). The unconsummated marriage: causes and management. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 31(4), 279-281.
- 9- Akhavan-Taghavi, M. H., Asghari-Moghaddam, M. A., Froutan, S. K., & Jadid-Milani, M. (2015). Vaginismus in Iran: a single center report of 7 years experience. *Nephro-urology monthly*, 7(6): e30077
- 10- Al-Sughayir, M. A. (2005). Vaginismus treatment. Hypnotherapy versus behavior therapy. *Neurosciences Journal*, 10(2), 163-167.
- 11- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- 12- Anđın, A. D., Gön, İ., Sakin, Ö., Çıkman, M. S., Eserdağ, S., & Anđın, P. (2020). Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA assisted reproduction*, 24(2), 180.
- 13- Araoz, D. (2005). Hypnosis in human sexuality problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(4), 229-242.
- 14- Badran, W., Moamen, N., Fahmy, I., El-Karakasy, A., Abdel-Nasser, T. M., & Ghanem, H. (2006). Etiological factors of unconsummated marriage. *International Journal of impotence research*, 18(5), 458-463.
- 15- Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wesselmann, U., & Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 301-316.
- 16- Bertolasi, L., Frasson, E., Cappelletti, J. Y., Vicentini, S., Bordignon, M., & Graziottin, A. (2009). Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, 114(5), 1008-1016.
- 17- Binik, Y. M. (2010). The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Archives of sexual behavior*, 39, 278-291.
- 18- Bokaie, M., Khalesi, Z. B., & Yasini-Ardekani, S. M. (2017). Diagnosis and treatment of unconsummated marriage in an Iranian couple. *African health sciences*, 17(3), 632-636.
- 19- Collier, F., & Cour, F. (2013). En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle?. *Progrès en urologie*, 23(9), 612-620.
- 20- Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *Bmj*, 338.
- 21- Dawkins, S., & Taylor, R. (1961). Non-consummation of marriage: A survey of seventy cases. *The Lancet*, 278(7210), 1029-1033.
- 22- Duddle, M. (1977). Etiological factors in the unconsummated marriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 21(2), 157-160.
- 23- Ellison, C. (1968). Psychosomatic factors in the unconsummated marriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 12(1), 61-65.
- 24- El-Sibai, A. S. O. (2000). Vaginismus: results of treatment with botulin toxin. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20(3), 300-302.
- 25- Engman, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2010). Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cognitive behaviour therapy*, 39(3), 193-202.
- 26- Fageeh, W. M. (2011). Different treatment modalities for refractory vaginismus in western Saudi Arabia. *The journal of sexual medicine*, 8(6), 1735-1739.
- 27- Farnam, F., Janghorbani, M., Merghati-Khoei, E., & Raisi, F. (2014). Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *International journal of impotence research*, 26(6), 230-234.
- 28- Flanagan, E., Herron, K. A., O'Driscoll, C., & Williams, A. C. D. C. (2015). Psychological treatment for vaginal pain: does etiology matter? A systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, 12(1), 3-16.
- 29- Forero, M., Adhikary, S. D., Lopez, H., Tsui, C., & Chin, K. J. (2016). The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 41(5), 621-627.
- 30- Frasson, E., Graziottin, A., Priori, A., Dall'Ora, E., Didonè, G., Garbin, E. L., ... & Bertolasi, L. (2009). Central nervous system abnormalities in vaginismus. *Clinical neurophysiology*, 120(1), 117-122.

- 31- Goldsmith, T., Levy, A., Sheiner, E., Goldsmith, T., Levy, A., & Sheiner, E. (2009). Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22(10), 863-866.
- 32- Gupta, A., Kansal, S., & Gupta, N. (2020). "Common Sense" Approach to the Management of Vaginismus: A Case Series. *Journal of Psychosexual Health*, 2(2), 186-189.
- 33- Halvorsen, J. G., & Metz, M. E. (1992). Sexual dysfunction, Part II: Diagnosis, management, and prognosis. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(2), 177-192.
- 34- Huber, J. D., Pukall, C. F., Boyer, S. C., Reissing, E. D., & Chamberlain, S. M. (2009). "Just relax": physicians' experiences with women who are difficult or impossible to examine gynecologically. *The journal of sexual medicine*, 6(3), 791-799.
- 35- Kabakçi, E., & Batur, S. (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 277-288.
- 36- Klein, V., Koops, T., Lange, C., & Briken, P. (2015). Sexual history of male partners of women with the diagnosis vaginismus. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(3), 376-384.
- 37- Konkan, R., Bayrak, M., Gönüllü, O. G., Senormanci, Ö., & Sungur, M. Z. (2012). Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *Dusunen Adam*, 25(4), 305.
- 38- Liang, H. S., Jeng, C. J., Yang, K. H., Chou, L. T., Chiang, H. S., Tzeng, C. R., & Yang, Y. C. (2003). Evaluation and management of primary vaginal penetration failure. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 42(3), 171-177.
- 39- Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., & das Nair, R. (2015). Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC women's health*, 15, 1-12.
- 40- Malleson, J. (1942). Vaginismus: its management and psychogenesis. *British medical journal*, 2(4259), 213.
- 41- Melzack, R. (2005). Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain practice*, 5(2), 85-94.
- 42- Mhiri, M. N., Smaoui, W., Bouassida, M., Chabchoub, K., Masmoudi, J., Hadjslimen, M., ... & Bahloul, A. (2013). Unconsummated marriage in the Arab Islamic world: Tunisian experience. *Sexologies*, 22(3), e71-e76.
- 43- Möller, L., Josefsson, A., Bladh, M., Lilliecreutz, C., & Sydsjö, G. (2015). Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(3), 329-334.
- 44- Muammar, T., McWalter, P., Alkhenizan, A., Shoukri, M., Gabr, A., & Muammar, A. A. B. (2015). Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study. *Annals of Saudi medicine*, 35(2), 120-126.
- 45- Özdemir, Ö., Şimşek, F., Özkardeş, S., Incesu, C., & Karakoç, B. (2008). The unconsummated marriage: its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic. *Journal of sex & marital therapy*, 34(3), 268-279.
- 46- Pacik, P. T. (2010). *When sex seems impossible. Stories of vaginismus & how you can achieve intimacy. Manchester, NH: Odyne Publishing.*
- 47- Pacik, P. T. (2011). Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesthetic plastic surgery*, 35, 1160-1164.
- 48- Pacik, P. T. (2014). Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International urogynecology journal*, 25, 1613-1620.
- 49- Pacik, P. T., & Cole, J. B. (2010). *When sex seems impossible: stories of vaginismus & how you can achieve intimacy.* Odyne Publishing.
- 50- Pacik, P. T., & Geletta, S. (2017). Vaginismus treatment: clinical trials follow up 241 patients. *Sexual medicine*, 5(2), e114-e123.
- 51- Praharaj, S. K., Verma, P., & Arora, M. (2006). Topical lignocaine for vaginismus: a case report. *International journal of impotence research*, 18(6), 568-569.
- 52- Ramli, M., Nora, M. Z., Roszaman, R., & Hatta, S. (2012). Vaginismus and subfertility: case reports on the association observed in clinical practice. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 7(1), 24.
- 53- Reissing, E. D. (2009). Vaginismus: Evaluation and management. *Female sexual pain disorders*, 229-234.
- 54- Reissing, E. D., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist?: A critical review of the literature. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(5), 261-274.
- 55- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalif, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 47-59.
- 56- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of sexual behavior*, 33, 5-17.
- 57- Rosenbaum, T. Y., & Padoa, A. (2012). Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 9(7), 1726-1735.



- 58- Saadat, S. H. (2014). Vaginismus: A review of literature and recent updated treatments. *International Journal of Medical Reviews*, 1(3), 97-100.
- 59- ŞAFAK ÖZTÜRK, C., & Arkar, H. (2017). Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. *Turkish Journal of Psychiatry*, 28(3).
- 60- Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International journal of impotence research*, 18(4), 382-395.
- 61- Schwartz, M. S., & Andrasik, F. (Eds.). (2017). *Biofeedback: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- 62- Seo, J. T., Choe, J. H., Lee, W. S., & Kim, K. H. (2005). Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology*, 66(1), 77-81.
- 63- Shokrollahi, P., Mirmohamadi, M., Mehrabi, F., & Babaei, G. H. (1999). Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *Journal of sex & marital therapy*, 25(3), 211-215.
- 64- Shortle, B., & Jewelewicz, R. (1986). Psychogenic vaginismus. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20(40), 82-87.
- 65- Silverstein, J. L. (1989). Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy and psychosomatics*, 52(4), 197-204.
- 66- Simons, J. S., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Archives of sexual behavior*, 30, 177-219.
- 67- Van Lankveld, J. J., Granot, M., Schultz, W. C. W., Binik, Y. M., Wesselmann, U., Pukall, C. F., Bohm-Strake, N., and Achtrari, C. (2010). Women's sexual pain disorders. *The journal of sexual medicine*, 7(1), 615-631.
- 68- Van Lankveld, J. J., ter Kuile, M. M., de Groot, H. E., Melles, R., Nefs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 168.
- 69- Watts, G., & Nettle, D. (2010). The role of anxiety in vaginismus: a case-control study. *The journal of sexual medicine*, 7(1\_Part\_1), 143-148.
- 70- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., & Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual medicine reviews*, 7(2), 223-250.
- 71- Yasan, A., & Gürgen, F. (2008). Marital satisfaction, sexual problems, and the possible difficulties on sex therapy in traditional Islamic culture. *Journal of sex & marital therapy*, 35(1), 68-75.
- 72- Yilmaz, E. P. T., Ahiskalioglu, E. O., Ahiskalioglu, A., Tulgar, S., Aydin, M. E., & Kumtepe, Y. (2020). A novel multimodal treatment method and pilot feasibility study for vaginismus: initial experience with the combination of sacral erector spinae plane block and progressive dilatation. *Cureus*, 12(10).
- 73- Zgueb, Y., Ouali, U., Achour, R., Jomli, R., & Nacef, F. (2019). Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e3.
- 74- Zukerman, Z., Roslik, Y., & Orvieto, R. (2005). Treatment of vaginismus with the Paula Garburg sphincter muscle exercises. *Harefuah*, 144(4), 246-8.

## Etiology, Consequences and Treatments of Vaginismus: A Psychological Perspective Systematic Review

Shiva Zare<sup>1</sup>, Soode Dashtiane<sup>2\*</sup>, Zahra shomali<sup>3</sup>

1. M.A in in psychology. Department of psychology. Fatemiyeh shiraz, Institute of Higher Education. Shiraz.  
zare@fatemiyehshiraz.ac.ir
2. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Marodasht Branch, Islamic Azad University, Marodasht, Iran. (Corresponding Author)  
soode.dashtiane@miau.ac.ir
3. Fellowship of Infertility. Department of Obstetrics and Gynecology. Samar Fertility Center. Shiraz. Iran.  
shomaliz57@yahoo.com

### Abstract

Vaginismus is one of the most common sexual disorders among women and has a significant impact on women and couples. The present review article was aimed at investigating the etiology, consequences, and treatments of Vaginismus from a psychological perspective. The current study was a systematic review. Relevant keywords such as vaginismus psychology, vaginismus disorder, genital pain/ penetration disorder, etc. have been searched and extracted in Springer, Science Direct, PubMed, SID, Magiran, Noormags, and Civilica database from 1940 to 2021. By reviewing the related articles, it was conducted that genital pain/ penetration disorder is the most common disorder among women. This disorder has an important impact on the quality of sexual intercourse as well as couples' mental health. It can be concluded that changing the way of thinking, parenting and cultural building is very important. Furthermore, proper education about sex and preparing the educational content and related tools for adolescence boys and girls can be functional.

**Keywords:** Disorder, Vaginismus, Genital pain/ penetration disorder, Women.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)