

Received: 2015.06.21  
Accepted: 2016.03.04  
Published: 2016.05.31

## Pochwica organiczna a wrodzone wady rozwojowe\*

### The problem of vaginismus with congenital malformation of the genital tract

Grażyna Jarząbek-Bielecka<sup>1</sup>, Magdalena Pisarska-Krawczyk<sup>4,3</sup>, Witold Kędzia<sup>1</sup>,  
Małgorzata Mizgier<sup>2</sup>, Zbigniew Friebe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Dietetyki Katedry Higieny Żywności Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

<sup>3</sup>Katedra Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

<sup>4</sup>Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

#### Streszczenie

Pochwica polega na trwałym lub nawracającym skurczu mięśni pochwy, który uniemożliwia wprowadzenie penisa, palca lub innego przedmiotu, mimo że kobieta wyraziła na to zgodę. Wczesne traumatyczne doświadczenia seksualne (np. wykorzystywanie seksualne), ortodoksja religijna, niska samoocena i wyobrażenie własnego ciała, negatywna postawa wobec seksualności, brak wiedzy na temat reakcji seksualnej i lęk przed współżyciem płciowym, to niektóre z czynników etiologicznych związanych z pochwicą. Pochwica jest zazwyczaj diagnozą z wykluczenia. W różnicowaniu przyczyn tego schorzenia istotny jest wywiad, a w nim podstawowe pytania czy problem ten występował od pierwszych kontaktów seksualnych i utrzymuje się nadal, a zaspokojenie potrzeby seksualnej jest realizowane bez stosunków pochwowych, czy objaw ten występuje od jakiegoś czasu i z jakimi okolicznościami jest to związane, czy skurcz mięśni jest niezależny od woli, odruchowy i występuje na samo wyobrażenie stosunku seksualnego oraz czy objaw ten występuje po próbie wprowadzenia członka do pochwy, które jest bardzo bolesne. Bardzo istotne jest tu zarówno badanie fizykalne, ginekologiczne, seksuologiczne jak i właściwa opieka psychologiczna. Istotną przyczyną pochwy organicznej są wrodzone wady rozwojowe żeńskich narządów płciowych, zwłaszcza te, które są przyczyną stenoz. Wskutek zaburzenia rozwoju przewodów Müllera i zatoki moczowo-płciowej w okresie embriogenezy nieprawidłowo rozwijają się jajowody, macica i pochwa. W praktyce ginekologicznej i seksuologicznej problemy związane z wrodzonymi wadami rozwojowymi narządów płciowych spotyka się u pacjentek w różnym wieku - nie jest to tylko problem ginekologii i seksuologii wieku rozwojowego. Pochwica organiczna związana z wadami rozwojowymi jest tu istotnym problemem.

**Słowa kluczowe:** pochwica • ginekologia • seksuologia

#### Summary

The persistent or recurrent difficulties of the woman to allow vaginal entry of a penis, a finger, and/or any object, despite the woman's expressed wish to do so" is vaginismus. Early traumatic sexual experiences (e.g. sexual abuse), religious orthodoxy, low self-esteem and body image, negative attitudes about sexuality, lack of knowledge about sex and fear responses are some of the traditional etiological correlates of vaginismus. Vaginismus is largely a diagnosis of exclusion. An interview is crucial in differentiating the causes of this disease and it should involve the following key questions: -whether the contraction of the vaginal muscles was recorded from the first sexual contact and still remains a need for sexual satisfaction is achieved without relations vaginal or -symptom occurs for some time

and what circumstances it bound or -contraction of the muscles is independent of the will, reflex and is at the very idea of sexual intercourse, and -that the contraction of the vaginal muscles occurs when you try to enter the member into the vagina which is very painful. The physical, gynecological and sexuological examinations exclude local causes of the disease. The mainstay of treatment in the majority of cases is psychosexual support. The cause of organic vaginismus is congenital malformation of the genital tract. It results from abnormal development of genital paramesonephric (Müllerian) ducts and the urogenital sinus, which are structures involved in the process of oviduct, uterus, and vagina organogenesis. This has strong implications in the practices of gynecology and sexuology in general, not only in adolescent gynecology and sexuology. Vaginismus with congenital malformation is an important problem in these fields.

**Keywords:** aginismus • gynecology • sexuology

**Full-text PDF:** <http://www.phmd.pl/fulltxt.php?ICID=1203528>

**Word count:** 2306  
**Tables:** –  
**Figures:** –  
**References:** 15

**Adres autorki:** dr Małgorzata Mizgier, Zakład Dietetyki Katedry Higieny Żywnienia Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu, ul. Wojska Polskiego 31, 60-624 Poznań; e-mail: m.mizgier@wp.pl

Pochwica jest przykładem współdziałania czynników somatycznych i psychicznych w zakresie funkcji seksualnych narządów płciowych kobiety. Niemożność podjęcia współżycia zalicza się zazwyczaj do nerwic płciowych. Często punktem wyjścia pochwy są jednak czynniki organiczne wśród nich wady rozwojowe typu stenoz, zmiany zapalne, pourazowe pęknięcia. Zmiany te wraz z istniejącą nadwrażliwością nerwową (a pośrednio i mięśniową) prowadzą do skurczów mięśni sromu i pochwy uniemożliwiających lub bardzo utrudniających stosunki płciowe. Pochwica organiczna jest problemem zarówno seksuologicznym jak i ginekologicznym - terapia opiera się na miejscowym leczeniu ginekologicznym i psychoterapii. W pochwy organicznej konieczne jest ginekologiczne leczenie przyczyny organicznej - sama psychoterapia nie wystarcza. Podkreślić jednak należy, że w toku samego leczenia ginekologicznego, konieczna jest diagnostyka i leczenie seksuologiczne i psychologiczne, by wniknąć w zawile mechanizmy psychologiczne leżące u podłoża choroby.

Waginizm (vaginismus), czyli pochwica jest dysfunkcją seksualną, która objawia się mimowolnym skurczem mięśni miednicy otaczających jedną trzecią zewnętrzną część pochwy (mięsień kroczy i mięsień dźwigacz odbytu) [4,13].

Obserwowano także występowanie skurczu mięśni przywodzących ud, mięśni pośladkowych oraz mięśni prostych brzucha. Taki stan uniemożliwia penetrację pochwy, zarówno przy współżyciu płciowym, jak i w badaniu ginekologicznym.

Waginizm może występować jako dysfunkcja pierwotna wówczas, kiedy występowała od początku życia seksualnego lub wtórna, która pojawiła się później [8,9].

Wielu autorów podkreśla, że pochwica występuje częściej w małżeństwach aranżowanych, a pierwsze kontakty seksualne były często doświadczeniem traumatycznym. Występowanie pochwy wiąże się z wieloma kłopotliwymi i trudnymi problemami, takie jak ignorowanie czy poniżanie kobiety, brak empatii ze strony partnera niepoprzedzone wprowadzeniem do prawidłowej reakcji seksualnej (grą wstępną) [5,8,9]. Inni autorzy jednych z pierwszych publikacji dotyczących waginizmu uważali, że zaburzenie wynika z niedostosowania wielkości narządów płciowych partnerów seksualnych [3,15]. To błędne przekonanie pokutuje do dziś, szczególnie u nastolatków rozpoczynających współżycie płciowe lub występuje u kobiet oziębłych seksualnie. Podczas prawidłowej reakcji seksualnej pochwa powiększa objętość do około 50%, natomiast poród drogami natury jest całkowitym zaprzeczeniem niedostosowania wielkości narządów płciowych partnerów seksualnych [1,7,15].

W różnicowaniu przyczyn problemu pochwy istotny jest wywiad, a w nim podstawowe pytania:

- czy skurcz mięśni pochwy występował od pierwszych kontaktów seksualnych i utrzymuje się nadal, a zaspokojenie potrzeby seksualnej jest realizowane bez stosunków pochwowych,
- czy objaw występuje od jakiegoś czasu i z jakimi okolicznościami jest to związane,

- czy skurcz mięśni jest niezależny od woli, odruchowy i występuje na samo wyobrażenie stosunku seksualnego (przyczyna głównie psychogenna),
- czy skurcz mięśni pochwy występuje po próbie wprowadzenia członka do pochwy, które jest bardzo bolesne (pierwotnie tło organiczne np. stany zapalne pochwy, blizna krocza i pochwy po porodowym nacięciu krocza, hipoestrogenizm, brak „gry wstępnej” wprowadzającej do kontaktu seksualnego, wtórnie – przyczyna psychogenna).

Dobrze przeprowadzone badanie podmiotowe i przedmiotowe pozwoli na skuteczne leczenie. Najczęściej występuje pochwica pierwotna, problem pojawia się od pierwszych prób kontaktów płciowych [1,6,7]. Zwykle pochwica pierwotna dotyczy nastolatek lub młodych kobiet. U podłoża zaburzenia leży lęk przed podjęciem współżycia płciowego, lęk przed ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową lub trauma związana z przemocą cielesną lub seksualną w dzieciństwie [11,12,15].

Pochwica wtórna występuje wówczas, gdy po początkowym okresie udanego współżycia płciowego pojawia się skurcz pochwy utrudniający stosunki płciowe. Taki stan jest następstwem urazu położniczego, chirurgicznego lub nawracającego się stanu zapalnego sromu i pochwy.

W pochwy przedwstępnej objawy występują przed rozpoczęciem stosunku, a w napadzie pochwicowym w czasie jego trwania. W pierwszym przypadku, podczas próby penetracji pochwy dochodzi do napięcia lub skurczu mięśni, co stwarza mechaniczną przeszkodę dla członka i powoduje w tej okolicy silny ból. Ponawianie prób penetracji nasila skurcz, bardzo silny ból i odruchową reakcję bólowo-lękową u kobiety.

Na podstawie nasilenia objawów oraz udziału poszczególnych grup mięśniowych ulegających skurczowi, wyróżniono cztery stopnie waginizmu [3,5]:

- Możliwa penetracja pochwy i odbycie dopochwowego stosunku płciowego, jednak jest on bolesny i nieprzyjemny, bez reakcji seksualnej ze strony kobiety.
- Penetracja pochwy jest możliwa za pomocą palca lub małego wziernika pochwowego, jednak penisa nie.
- Penetracja pochwy niemożliwa za pomocą palca lub wziernika, ale po chwili relaksacji, perswazji, zastosowania żelu znieczulającego, badanie ginekologiczne może być możliwe.
- Penetracja pochwy czy badanie ginekologiczne możliwe tylko w narkozie. Ponadto pochwica może wystąpić jako tzw. sytuacyjna lub absolutna (całkowita).

Pochwica sytuacyjna cechuje się tym, że skurcz mięśni pochwy występuje nie tylko przy próbie wprowadzenia prącia do pochwy przez partnera seksualnego, ale

nawet przy próbie wprowadzenia palca do pochwy, np. podczas badania ginekologicznego. Pochwica absolutna objawia się skurczem mięśni pochwy, które występują przy każdej próbie penetracji pochwy (np. wziernikiem, podczas zakładania tamponu). Pochwica całkowita może mieć postać rzeczywistą i wyobrażeniową (skurcz mięśni pochwy może wystąpić bez próby penetracji pochwy, tylko podczas wyobrażenia. Obserwacje kliniczne potwierdzają dane z piśmiennictwa, że to zaburzenie seksualne może być skutkiem zarówno czynników organicznych, jak i psychogennych. W praktyce ginekologicznej nierzadko spotyka się takie sytuacje, że narządy płciowe mogą być przyczyną pochwy).

Do istotnych czynników ginekologicznych należą: owrzodzenia, otarcia, przeczulica, zmiany zanikowe błony śluzowej i stany zapalne pochwy, a także wspomniane już i niżej opisane wrodzone wady rozwojowe.

Wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych dziewcząt, dotyczą zaburzeń w obrębie przewodów kołoródniczych Millera oraz zatoki moczowo-płciowej, czyli struktur istotnych dla organogenezy jajowodów, macicy i pochwy. Z każdym typem wady wiąże się odmienny przebieg kliniczny, rokowanie co do funkcji narządów płciowych i płodności. Przyczyną tych wad jest czynnik teratogeny około 8-10 tygodnia życia zarodkowego. Do czynników szkodliwych, teratogeny zalicza się: promieniowanie jonizujące, czynniki immunologiczne, chemiczne, hormonalne, a także mikrobiologiczne [3,5].

#### WADY TYPU GYNATREZJE-ZAROŚNIĘCIA

Do najczęściej spotykanych wrodzonych wad rozwojowych narządów płciowych należą tzw. zarosnięcia wrodzone narządów płciowych - gynatresiae, zazwyczaj dotyczą błony dziewiczej. Właśnie te wady są nierzadko przyczyną organicznej pochwy. Najczęściej są wykrywane jako przyczyna pierwotnego braku miesiączki wskutek niemożności odpływania krwi miesiączkowej. Zalegająca krew miesiączkowa jest przyczyną tworzenia się krwiaka pochwy, macicy, jajowodów. Pacjentka odczuwa nasilający się ból podbrzusza. Zarosnięcia to wady najlepiej rokujące co do przywrócenia funkcji narządów płciowych. Ważne, aby jak najwcześniej rozpoznać ten rodzaj wady i podjąć leczenie. Leczenie polega na wycięciu fragmentu błony dziewiczej tak, by umożliwić ewakuację zalegającej krwi miesiączkowej i miesiączkowanie w przyszłości [5,3].

Przegrody (septa) w pochwie i w macicy powstają w życiu płodowym wskutek nieprawidłowego zanikania przylegających do siebie ścian przewodów kołoródniczych.

#### ZDWOJENIA

Częściowe lub całkowite zdwojenia (*duplications*) narządów płciowych, występują z powodu niezrośnięcia się

przewodów kołośrodkowych w odcinkach, które prawidłowo przekształcają się w macicę i w pochwę.

Narządy szczałkowe (*organa rudimentaria*) bądź niedorozwinięte narządy płciowe (*hypoplasia organorum*) powstają w związku z niepełnym rozwojem przewodów kołośrodkowych Millera

Ciąża u pacjentek z opisanymi wadami jest ciążą specjalnej troski [3,5].

Brak narządów płciowych (aplazja, agenezja) jest wynikiem braku przewodów Millera

Wrodzone wady rozwojowe mogą być przyczyną organicznej pochwy, ale również sama świadomość posiadania wady rozwojowej może być psychosomatycznym uwarunkowaniem pochwy.

Przyczyny psychogenne i wspomniane psychosomatyczne uwarunkowania pochwy wiążą się z lękiem i obawami z oczekiwaniem bólu związanego ze stosunkiem płciowym, obawami przed uszkodzeniem tkanek „rozdarciem”, utratą błony dziewiczej lub obawami przed niechcianą ciążą. Stany lękowe u tych pacjentek mogą być skutkiem ich nieśmiałości, poczucia niższości, wątpliwości i wahań związanych z podejmowaniem decyzji o rozpoczęciu współżycia płciowego, ponadto u tych osób występują zaburzenia emocjonalne i w kontaktach interpersonalnych.

Kobiety te obawiają się wchodzenia w związki partnerskie, a ich lękowa postawa wywołuje problemy seksualne. Konsekwencją tego stanu może być tzw. oziębłość seksualna. Przyczyną zarówno oziębłości jak i pochwy może być także stres związany z wcześniej przeżyтыми, źle kojarzącymi się doświadczeniami seksualnymi. Doświadczenia kliniczne i dane z piśmiennictwa wskazują na szczególne znaczenie molestowania seksualnego, zwłaszcza w dzieciństwie.

Do istotnych negatywnych emocji związanych ze współżyciem płciowym należą:

- poczucie winy,
- uraz psychiczny związany z partnerem seksualnym,
- uraz fizyczny lub przemoc,
- oziębłość emocjonalna,
- obawa przed zobowiązaniami,
- nieufność, lęk przed partnerem lub mężczyznomi,
- poczucie słabości i bezbronności (trudności z odmową współżycia płciowego),
- utrata kontroli w czasie kontaktów seksualnych,
- małe doświadczenie seksualne,
- złe relacje małżeńskie (partnerskie),
- nieśmiałość, nieporadność partnera,
- brak poczucia bezpieczeństwa (alkoholizm i bezrobocie partnera),
- traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie (w rodzinie, szkole, internacie),

- doświadczenie lub bycie świadkiem przemocy emocjonalnej, seksualnej,
- purytańskie wychowanie,
- unikanie edukacji seksualnej,
- kary wobec dziecka za przejawy zainteresowania seksualnością (np. za kobiece ubrania: dekolt, krótka spódnica, malowanie się, posiadanie chłopaka),
- typ nieochraniający rodzicielstwa - gdy rodzice nie zauważają potrzeb dziecka, są zdystansowani, zimni, nieobecni, nadmiernie krytyczni, restrykcyjnie wymagają bezwarunkowego respektu, zawstydzają, karzą, obwiniają i odrzucają dziecko i jego potrzeby emocjonalne,
- rygoryzm religijny,
- ekspozycja na szokujące, seksualne wydarzenia,
- bolesne działania medyczne,
- uświadomienie własnej orientacji homoseksualnej,
- wtórna reakcja spowodowana dyspareunią.

Jeśli taki stan rzeczy utrzymuje się zbyt długo, jego skutkiem są zazwyczaj zaburzenia reakcji seksualnych. Istnieje wiele teorii, które wyjaśniają przyczyny psychoemocjonalne pochwy i odpowiednio do nich dobierają metody leczenia. Jedną z nich jest ujęcie psychoanalityczne, w którym dysfunkcja jest traktowana jako odmowa przyjęcia roli kobiecej, opór przed seksualnymi prerogatywami mężczyzn, jako obrona kobiety przed rzeczywistą bądź wyimaginowaną groźbą stosunków kazirodczych z ojcem, a także jako sposób odpierania jej własnych wyobrażeń kastracyjnych. Psychoanalicy opowiadają się za badaniem lęków występujących podświadomie i ambiwalencji tkwiących u źródeł problemu, a część z nich uważa, że pokonanie wysokiego poziomu lęku towarzyszącego pochwy, oprócz zgłębiania podświadomości konieczne jest zastosowanie bardziej aktywnych metod behawioralnych. Stąd padają propozycje wieloprzyczynowej koncepcji pochwy jako reakcji warunkowej na dowolny niekorzystny bodziec skojarzony ze stosunkiem albo z penetracją pochwy [3,14,15].

Zwolennicy podejścia poznawczo-behawioralnego uważają natomiast, że waginizm jest warunkową reakcją lękową - wyuczoną fobią. Pochwica jest uznawana przez badaczy za zaburzenie psychosomatyczne, a jej przyczyną może być reakcja na dysfunkcję seksualną występującą u partnera lub zahamowania psychoseksualne u kobiety powstałe pod wpływem czynników opisanych wyżej. U mężczyzn, którzy pierwotnie nie skarżyli się na zaburzenia wzwodu i wytrysku, mogą się pojawić na skutek frustracji wynikającej z trudności podczas prób wprowadzenia członka do pochwy.

Należy podkreślić, że najcięższe przypadki pochwy uniemożliwiają kobietom prawidłowe funkcjonowanie i współżycie płciowe, co nasila się szczególnie u tych kobiet, które pragną zająć w ciążę. Kobiety te nie są w stanie nawet poddać się badaniu ginekologicznemu. W obawie przed badaniem ginekologicznym, unikają wizyt u ginekologów, co jest negatywne również z punktu widzenia profilaktyki ginekologiczno-onkologicznej.

Z powodu waginizmu w sferze psychoseksualnej i socjalnej są tzw. małżeństwa dziewicze, wspomniana oziębłość seksualna, odrzucenie mężczyzn, bezdzietność, poczucie winy co skutkuje depresją. Większość kobiet z tego powodu ma poczucie lęku, wstydu i nie szuka pomocy. Uważa się, że na pochwicę choruje 15% kobiet, ale doświadczenia kliniczne, tak ginekologiczne jak i seksuologiczne wskazują, że ten odsetek nie oddaje rzeczywistości. Częstość występowania pochwy może się różnić w zależności od kryteriów diagnostycznych, metodyki badań, badanej populacji, a także może być oceniana na podstawie liczby kobiet zgłaszających się z tym problemem do ginekologa, seksuologa, psychologa lub psychiatry. Odsetek kobiet, które nie zgłaszają lekarzom tego problemu nie jest znana i prawdopodobnie może być znacznie wyższa w całej populacji niż w próbach klinicznych.

Problem pochwy w populacji badanych Polek stanowi 2% na podstawie badań Lwa-Starowicza („Raport seksualności Polaków” z 2002 r.).

Wielu autorów podkreśla, że pochwa pierwotna (psychoemocjonalna) - związana ze skurczem mięśni pochwy przed lub po rozpoczęciu stosunku płciowego, silnym bólem w podbrzuszu, bólem i pieczeniem w pochwie, niepokojem psychomotorycznym, wymaga poradnictwa psychoseksualnego, terapii relaksacyjnej, terapii poznawczo-behawioralnej, ewentualnie - terapii lub hipnoterapii oraz miejscowe stosowanie lubrykantów (biofeedback).

Pochwa przedwstępna psychoemocjonalna związana ze skurczem mięśni pochwy przed rozpoczęciem stosunku płciowego wymaga szczególnej współpracy z psychologiem.

Pochwa napadowa psychoemocjonalna oraz pochwa sytuacyjna psychoemocjonalna, związane ze skurczem mięśni pochwy podczas stosunku płciowego wywołujące silny ból w podbrzuszu i w pochwie, jest zazwyczaj zaburzeniem psychosomatycznym - stąd bezwzględna konieczność interdyscyplinarnej diagnostyki i terapii ginekologicznej, seksuologicznej i psychologicznej.

Pochwa wtórna somatyczna ze skurczem mięśni pochwy podczas stosunku płciowego, a także silnym bólem w podbrzuszu i w pochwie, pieczeniem i świądem sromu - jest przede wszystkim problemem ginekologicznym, wymaga zastosowania miejscowo: leków przeciwzapalnych, przeciwgrzybiczych, często także estrogenoterapii, zaleca się lubrykanty przed kolejnym współżyciem.

W leczeniu pacjentek z pochwicą często stosuje się wprowadzanie rozszerzaczy (dilatatorów) o stopniowo zwiększającej się średnicy do pochwy, ćwiczeniach relaksacyjnych i zaleceniu penetracji palpacyjnej sromu i pochwy przez pacjentkę [1]. Jak wynika z badań holenderskiego terapeuty zaburzeń seksualnych Dren-

tha, który twierdził, że niektóre kobiety na tyle obawiają się stosunku płciowego, że w ogóle go nie pragną, jednak chcą mieć biologiczne potomstwo [1,14,15]. W takim przypadku powyższe metody leczenia kończą się niepowodzeniem.

Dlatego stosowana jest metoda analizy myśli i emocji pacjentki, ustalenie znaczenia występujących u niej objawów i ustalenie, czego wyrazem są objawy somatyczne. Podstawą terapii jest rozwój i pogłębienie więzi między partnerami z możliwością wyboru innego kontaktu z ciałem bez penetracji pochwy. Jednak takie rozwiązanie może nie być akceptowane przez partnera seksualnego.

Są autorzy, którzy zalecają, aby pochwicę traktować jako rodzaj bólu genitalnego i opisywać go w kategoriach rodzaju, intensywności, umiejscowienia i czasu trwania, przy czym opis dysfunkcji powinien zawierać informację o tym czy ból wiąże się ze skuteczną penetracją, czy też z jej wyobrażeniami albo usiłowaniami. Wielu specjalistów uważa, że dobrą metodą leczenia może być wsuwanie do pochwy coraz większych przedmiotów (np. palców, wspomnianych rozszerzaczy, tamponów) pod własną kontrolą odprężonej pacjentki.

Istotne w leczeniu pacjentki z tym schorzeniem jest, jak wspomniano, poradnictwo psychoseksualne oraz inne metody psychoterapii w tym terapia relaksacyjna, terapia poznawczo-behawioralna, biofeedback czy hipnoterapia [3,7,15]. W niektórych szczególnie nasilonych fobiach skuteczne bywa systematyczne odwracanie przez zastosowanie techniki EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), która polega na desensytyzacji i przetwarzaniu doznań emocjonalnych, czyli wyobrażeniu penetracji coraz większymi przedmiotami i przeprogramowanie traumatycznych doświadczeń na tym tle. Jeśli poziom lęku jest szczególnie wysoki, można również przepisać leki przeciwłękowe.

W podsumowaniu należy podkreślić, że istnieje wiele przyczyn waginizmu, ale żadna z nich nie jest dominująca. Zawsze główną rolę odgrywają czynniki psychoemocjonalne, co wywołuje zaburzenia somatyczne. Nierzadko zdarza się, że ich źródło tkwi już we wczesnym dzieciństwie, zwłaszcza że dzieci rodzą się już z potencjałem seksualności i są zdolne do silnych emocji. Uświadomione lub nie doświadczenia traumatyczne z dzieciństwa wywierają piętno w psychice kształtując późniejsze życie emocjonalne i seksualne. Dlatego też pochwa wymaga konsultacji psychiatry i psychoterapii. Niezależnie od wieku pacjentki, istotne jest wzajemne wsparcie i zrozumienie problemu przez partnerów, wymagające cierpliwości, systematyczności w trakcie kolejnych etapów terapii [1,2,10,12,14].

Mimo różnorodności metod leczenia udokumentowano, iż wprowadzenie rozszerzaczy dosyć skutecznie umożliwia kobietom odbycie stosunku, jeżeli właśnie

tego pragną osiągnąć. Według danych z piśmiennictwa edukacja seksualna i psychoterapia w połączeniu z zastosowaniem rozszerzaczy w 80% doprowadza do skutecznego wyleczenia [7,14,15].

W przypadku wrodzonych wad rozwojowych najważniejsza jest jednak terapia ginekologiczna wady [2,3,5,14].

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Aleksandrowicz J.: *Nerwice. Psychopatologia i psychoterapia*. Wyd. I, PZWL, Warszawa 1988
- [2] Beisert M., Chodecka A., Kapczuk K., Walczyk-Matyja K., Friebe Z., Kędzia W.: Seksualność kobiety z zespołem Mayera-Rokitanskyego-Küstera-Hausera - opis przypadku. *Ginekol. Pol.*, 2013; 84: 811-814
- [3] Friebe Z., Kapczuk K.: Wady wrodzone żeńskich narządów płciowych. W: *Położnictwo i ginekologia*, red.: G.H. Bręborowicz, tom 2, Warszawa 2005, PZWL; 593-600
- [4] Gott M., Hinchliff S.: How important is sex in later life? The views of older people. *Soc. Sci. Med.*, 2003; 56: 1617-1628
- [5] Grys E., Jarząbek G.: Pacjentki z wrodzonymi wadami rozwojowymi żeńskich narządów płciowych. *Nowiny Lek.*, 2000; 69: 692-699
- [6] Hope M.E., Farmer L., McAllister K.F., Cumming G.P.: Vaginitis in peri- and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists. *Menopause Int.*, 2010; 16: 68-73
- [7] Horney K.: *Psychologia kobiety*. Wyd. II, REBIS, Poznań 2001
- [8] Imieliński K.: *Patologia seksualna. Seksiatria*, t.2, Wyd. I, PWN, Warszawa 1990
- [9] Kingsberg S.A., Janata J.W.: Female sexual disorders: assessment, diagnosis, and treatment. *Urol. Clin. North Am.*, 2007; 34:497-506
- [10] Leiblum S.R., Rosen R.C.: *Terapia zaburzeń seksualnych*, red. S.R. Leiblum, R.C. Rosen, Wyd. I, GWP, Gdańsk 2005
- [11] Lew-Starowicz Z.: *Raport seksualności Polaków 2002*, Wyd. I, SMG/KRC, Warszawa 2002
- [12] Łabęcka M., Jarząbek-Bielecka G., Lorkiewicz-Muszyńska D.: Przestępstwa seksualne – wybrane przypadki. *Ginekol. Pol.*, 2013; 84: 309-313
- [13] Reed B.D., Haefner H.K., Edwards L.: A survey on diagnosis and treatment of vulvodinia among vulvodinia researchers and members of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. *J. Reprod. Med.*, 2008; 53: 921-929
- [14] Sowińska-Przepiera E., Jarząbek-Bielecka G., Andrysiak-Mamos E., Syrenicz A., Friebe Z., Kędzia W., Pawlaczyk M.: Wybrane aspekty prawne w ginekologii wieku rozwojowego. *Ginekol. Pol.*, 2013; 84: 131-136
- [15] Stępnik M., Jarząbek-Bielecka G.: Pochwica jako problem ginekologiczny i seksuologiczny. W: *Nauka o płci. Zagadnienia wybrane*, red.: G. Jarząbek-Bielecka; Wyd. I, UM Poznań 2012; 80-85

Autorzy deklarują brak potencjalnych konfliktów interesów.