

POCHWICA (VAGINISMUS)



Zbigniew A. Fronczek
specjalista ginekolog-położnik
seksuologia kliniczna
medycyna seksualna



SEKSUALNOŚĆ

- Konsekwencją podziału ludzkości na dwie płcie jest seksualność (K. Imieliński).
- Seksualność jest siłą skłaniającą do nawiązywania kontaktów międzyludzkich w tym seksualnych.
- Zachowania seksualne człowieka są wrodzone (Z. Lew-Starowicz) i stanowią oprócz instynktu samozachowawczego bardzo ważne prawo biologiczne.

SEKSUALNOŚĆ

Zaspakajanie potrzeb seksualnych zależy od:

- czynników biologicznych
- stanu zdrowia
- psychiki
- uwarunkowań społecznych i kulturowych

POCHWICA - DEFINICJA

Pochwica (zespół Mariona Simsa) to bolesny, mimowolny skurcz mięśni otaczających dolną jedną trzecią pochwy występujący przy próbie stosunku, a niekiedy nawet przy jego wyobrażeniu, uniemożliwiający wprowadzenie członka do pochwy. Skurcze nasilają z chwilą próby podjęcia kontaktu seksualnego.

Przeważnie w tym skurczu biorą udział nie tylko mięśnie pochwy i przepony miednicy, ale także mięśnie ud, wskutek czego następuje silne zwarście nóg stanowiące dodatkową trudność przy próbie immisji członka do pochwy.

POCHWICA (vaginismus)



POCHWICA – HISTORIA

- D. Huguier - pierwszy naukowiec, który w 1834 r. opisał pochwicę.
- Bolesne skurcze mięśnia około pochwowego porównał z bólami towarzyszącymi szczelinie odbytu.

POCHWICA - HISTORIA

- Marion Sims - amerykański ginekolog w 1862 r. po raz pierwszy użył określenia „**waginizm**”.
- Zalecana przez niego metoda leczenia pochwy polegała na chirurgicznym „udrożnieniu„ wejścia do pochwy. Była ona nieskuteczna bo nie znosiła lęku powodującego skurcz mięśni pochwy.
- Pierwsze publikacje za przyczynę pochwy podawały zbyt małą pochwę, co w świetle obecnej wiedzy o możliwości wydłużenia się pochwy o 50% w czasie pobudzenia seksualnego mają wartość tylko historyczną.

ROZPOZNANIE POCHWICY

Warunkiem rozpoznania pochwicy jest **wywiad lekarski i badanie ginekologiczne.**

Zaleca się:

- wykonanie obrazu krwi
- badania cytologicznego szyjki macicy
- w razie potrzeby badania kolposkopowego
- USG miednicy małej
- laparoskopii

POCHWICA - WYSTĘPOWANIE

- Dane na temat występowania pochwy znacznie różnią się i wahają od **3% - 17%**.
- Różnice te wynikają z trudności w różnicowaniu między bolesnymi kontaktami seksualnymi a pochwicą, nie zgłaszaniem tego problemu przez część kobiet lekarzom.
Większość kobiet szuka pomocy u ginekologów, którzy nie zawsze prawidłowo rozpoznają problem.
- Wydaje się, że częstość występowania tego schorzenia zdarza się częściej niż się powszechnie uważa
(S. Leiblum, R.Rosen).

CHARAKTERYSTYKA POCHWICY

Reakcja na próbę kontaktu seksualnego przez kobietę dotkniętą pochwicą polega na:

- spazmatycznych skurczach mięśni kontrolujących wejście do pochwy przy wysokim poziomie lęku;
- w przewidywaniu lub podczas prób penetracji wejście do pochwy jest bardzo zwężone-prawie zamknięte, a kobiety opisują jako **rozdzierający ból**.

RODZAJE POCHWICY

Pochwica pierwotna wyklucza jakikolwiek dostęp do narządu rodnego co uniemożliwia profilaktykę jego schorzeń (np. badania cytologiczne i inne) i prokreację.

Pochwica reaktywna pozwala na pewną penetrację (np. zakładanie tamponów, badanie pochwy we wzierniku).

POCHWICA – TYPY KOBIET

Friedman w 1963 r. wyróżnił i opisał trzy typy kobiet cierpiących na pochwicę:

- 1. Typ śpiącej królowny** - trzeba najpierw rozbudzić jej seksualność.
- 2. Typ Brunhildy** - nie chce oddać się bez walki, ale tęskni za macho.
- 3. Typ królowej pszczoł** - mężczyzna potrzebny jest tylko do prokreacji. Unika dalszych kontaktów seksualnych.

Najczęściej spotyka się typ pierwszy.

PRZYCZYNY POCHWICY

Teorie na temat pochodzenia pochwicy są różne. Coraz większą rolę przypisuje się czynnikom **organicznym i fizycznym**.

Kluczowa (zwłaszcza w leczeniu) jest analiza **aspektów psychologicznych** pacjentki i jej związku z partnerem.

Jedną z przyczyn pochwicy są zmiany chorobowe narządu rodneho:

- zniekształcenia i blizny przedsionka pochwy;
- niepodatna na rozciągliwość błona dziewicza;
- zmiany chorobowe macicy i miednicy małej (np. edometrioza);
- zmiany zapalne w obrębie przedsionka pochwy;
- zmiany zanikowe;
- dysfunkcje seksualne partnera (np. zaburzenia wzwodu, przedwczesny wytrysk).

KONCEPCJE POCHWICY – ASPEKT PSYCHOLOGICZNY

- lęk przed stosunkiem lub nie uzasadnione poczucie winy z nim związane (np. rygorizm religijny, rygorizm wychowawczy);
- traumatyczne doświadczenia seksualne w przeszłości (np. gwałt);
- brak właściwej edukacji seksualnej, przekazywanie dzieciom przez matki negatywnych informacji na temat mężczyzn i kontaktów seksualnych;

ASPEKT PSYCHOLOGICZNY

- fałszywe wyobrażenia o stosunku, związanych z nim bólach, a także wątpliwości czy członek nie jest za duży;
- obawa przed ciążą i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową;
- złe relacje partnerskie, nie akceptowanie partnera w roli męskiej.

INNE KONCEPCJE

- **Koncepcja Kaplana** (1974) - proponuje wieloprzyczynową koncepcję pochwicy. „Pochwica pojawia się wtedy, kiedy z aktem lub wyobrażeniem penetracji kojarzy się jakieś negatywne zdarzenie”.
- **Masters i Johnson** (1970) uznają pochwicę za **zaburzenie psychosomatyczne**. Z szeregu przyczyn eksponują zaburzenia wzvodu członka.
- **Reissing, Binik, Khalife** (1999) zalecają, aby traktować pochwicę jako **rodzaj bólu genitalnego** i opisywać go w kategoriach rodzaju, intensywności, umiejscowienia i czasu trwania.

KONSEKWENCJE

Dyskomfort psychofizyczny odczuwany przez kobietę nawet podczas prób stosunku

- niemożność podjęcia współżycia seksualnego
- brak możliwości badań profilaktycznych narządu rodniego
- brak potomstwa
- zaburzenia wzrodu u partnera
- awersja seksualna u partnera

SEKSUALNOŚĆ KOBIET Z POCHWICĄ

- Kobiety z pochwicą nie dopuszczają do penetracji pochwy, ale mogą cieszyć się grą wstępną, reagować na stymulację manualną genitalną lub nie genitalną nawilżaniem pochwy, silnym podnieceniem, orgazmem.
- Zaspakajanie potrzeb seksualnych odbywa się przez petting, stosunki między udowe itp.
- Ten rodzaj odreagowania seksualnego praktykowany przez pewien okres czasu kończy się wybuchami złości i zniechęcenia partnerów upokorzonych brakiem stosunku i potomstwa.

LECZENIE POCHWICY



GINEKOLOG

Facet, który szuka problemów tam, gdzie inni znajdują szczęście

www.demoty.pl - Demotivational posters.



LECZENIE POCHWICY

Podstawą leczenia jest:

- dobry stan zdrowia pacjentki;
- silna motywacja do leczenia;
- procedury terapeutyczne wymagają aktywnej postawy pacjentki;
- akceptacja przez pacjentkę postawy terapeuty i metod przez niego zalecanych;
- dobre więzi partnerskie.

LECZENIE

Podstawą leczenia pozostaje **zniesienie odruchowej reakcji skurczowej pochwy.**

Do leczenia można włączyć umiejętnie przeprowadzone badanie ginekologiczne. Pomaga to zredukować lęki i błędne przekonania na temat rozmiaru pochwy i demonizowanie rozmiaru członka.

LECZENIE

Większość autorów uważa, że najlepszą metodą leczenia jest **akceptowanie auto i partnerskiej penetracji** przez stopniowe wsuwanie do pochwy coraz większych przedmiotów (np. rozszerzadeł, palców) początkowo samodzielnie, później przy udziale partnera.

Wprowadzenie członka we wzwodzie do pochwy – rozszerzacz - w końcowej fazie ćwiczeń autoeksploracji pochwy.

LECZENIE

- Zaleca się edukację seksualną, psychoterapię, desensybilizację i farmakoterapię (leki przeciwlękowe, rozkurczające, przeciwbólowe).
- Skuteczność wg Hawtona i Cataralana wynosi 80% wyleczenia po 15 ok. sesjach terapeutycznych.
- Przy zmianach chorobowych narządu rodniego pomocny jest **zabieg chirurgiczny**.

- Leczenie nie zawsze jest udane pomimo powszechnego przekonania, że pochwicę można łatwo zdiagnozować i wyleczyć.
- Skuteczność leczenia pochwicy jest większa i czas trwania terapii jest krótszy w związkach z wysokim poziomem motywacji i dobrych relacjach partnerskich.

Największą satysfakcją dla terapeuty jest informacja, że
leczenie odniosło pozytywny skutek... zakończone
urodzeniem dziecka 😊



Dziękuję Państwu za uwagę

