

گزارش کوتاه

سلامت جامعه

دوره دهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵

اثر بخشی ترکیب درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک در درمان مبتلایان به واژینیسموس: یک مطالعه پایلوت

رضا رستمی^{۱*}، سمیه رامش^۲، الهه همت بلند^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱

خلاصه

مقدمه: واژینیسموس به عنوان اختلال کنش جنسی و به همراه داشتن پیامدهای مخرب، لزوم بکارگیری رویکردهای درمانی مؤثر را می‌طلبد. بنابراین پژوهش حاضر به گزارش درمان ۹ بیمار واژینیسموس با استفاده از روان درمانی با رویکرد شناختی رفتاری و بیوفیدبک می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه حاضر، ابتدا بیماران بر اساس شرح حال خود و همچنین واکنش اجتنابی آنها به هنگام انجام معاینات به واژینیسموس تشخیص داده شدند. درمان بیماران، ترکیبی از آموزش آناتومی و کارکرد اعضای تناسلی، آموزش رفتار جنسی و فیزیولوژی آن، اصلاح هرگونه اطلاعات و شناخت نادرست در مورد عملکرد و فعالیت جنسی، تمرینات رفتاری، آموزش تکنیک رلکسیشن و بیوفیدبک به منظور کمک به کنترل ارادی و افزایش آرمیدگی عضلات کف لگن بود.

یافته‌ها: هر ۹ بیمار واژینیسموس پس از گذراندن برنامه درمانی شناختی رفتاری و بیوفیدبک در طی ۴ تا ۵ هفته، بهبود یافتند و موفق به انجام عمل مقاربت شدند. در یکی از بیماران، بلافاصله پس از درمان و در دو بیمار دیگر، یکی به فاصله دو ماه و دیگری به فاصله سه ماه پس از اتمام درمان، بارداری رخ داد.

نتیجه‌گیری: بیوفیدبک به همراه درمان شناختی رفتاری، درمانی مؤثر و کوتاه مدت برای بیماران مبتلا به واژینیسموس محسوب می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بیوفیدبک، درمان شناختی- رفتاری، واژینیسموس

۱- دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک: rezaros@gmail.com تلفن: ۰۹۱۲۱۳۰۷۰۵۲

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳- کارشناس مامایی، کلینیک آتیه، تهران، ایران

مقدمه

واژنیسموس در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) تحت عنوان اختلال تناسلی-لگنی وابسته به دخول/درد (Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder) تعریف می‌شود [۱]. چنین اختلالی نتیجه بی‌زاری از دخول هر شیئی (آلت مردانه، انگشت، اسپکولوم و...) به داخل واژن است که خود ناشی از وجود درد یا پیش‌بینی درد می‌باشد. از مشخصات این بیماری، انقباض غیرارادی عضلات کف لگن، درد یا پیش‌بینی آن و رفتارهای اجتنابی است [۲]. واژنیسموس معمول‌ترین علت ازدواج‌های وصال نیافته در زنان است [۳].

روش‌های درمانی مورد کاربرد در این بیماری، شامل مواجهه‌سازی (exposure) و حساسیت‌زدایی تدریجی (desensitization) با استفاده از دیلاتور در سایزهای مختلف [۴-۵]، درمان شناختی، آموزش رلکسیشن، درمان دارویی از جمله استفاده از بنزودیازپین‌ها [۷]، درمان شناختی رفتاری (cognitive-behavioral therapy) و بیوفیدبک [۸-۱۱] بوده است.

در واژنیسموس، عضلات کف لگن (pelvic floor) به طور غیرارادی در حین ارگاسم منقبض شده و این موقعیت را تهدیدآمیز می‌نمایاند. در واقع، شاخصه اسپاسم مهبل، ویژگی مهم واژنیسموس بوده و ترس یا درد و اجتناب ناشی از آن ترس و درد، با میل بیمار برای برقراری مقاربت تداخل ایجاد کرده و مانع آن می‌شود [۱۲]. از سوی دیگر، بیوفیدبک روش درمانی است که با به کارگیری 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 [۱۳].

مطالعات متعدد، حساسیت‌زدایی تدریجی حاصل از تمرینات رفتاری با استفاده از دیلاتور یا ابزار جایگزین را به عنوان روش درمانی موفق در درمان واژنیسموس معرفی می‌کنند [۴]. بر اساس مدل رفتاری واژنیسموس، واکنش واژنیستیک نشان‌دهنده یک پاسخ ترس شرطی شده به محرکی خاص (محرک جنسی و محرک‌های مشابه) است. بدین ترتیب، مواجهه عینی با محرک ترس‌آور، در کاهش تهدید درک شده نسبت به آمیزش جنسی می‌تواند مؤثر عمل

کند [۹]. مطالعات دیگر نشان داده‌اند که در اغلب بیماران واژنیسموس اطلاعات نادرستی مبنی بر ترسناک و دردناک بودن عمل مقاربت وجود دارد. به علاوه، 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 [۱۴]. بنابراین به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری با دربرداشتن مؤلفه‌های آموزش جنسی و حساسیت‌زدایی تدریجی ترس آنها، به همراه روش درمانی بیوفیدبک به منظور کمک به بیماران در کنترل ارادی و افزایش آرمیدگی عضلات کف لگن، می‌تواند به عنوان درمانی کوتاه مدت و با اثربخشی بالا در مورد بهبود این‌گونه بیماران عمل کند. بدین ترتیب، پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان کارایی ترکیب دو درمان بیوفیدبک و روان درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در بهبود زنان مبتلا به واژنیسموس طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

۹ بیمار مبتلا به واژنیسموس، در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ با استفاده از درمان شناختی-رفتاری و بیوفیدبک در کلینیک آتیه شهر تهران مورد درمان قرار گرفتند. در ابتدا به منظور تشخیص این اختلال، به گزارش خود بیمار از سابقه بیماریش و همچنین واکنش‌های اجتنابی وی به هنگام معاینات توجه شد. بر اساس تحقیقات متعدد، گزارش چنین بیمارانی حاکی از آن است که به هنگام تلاش برای برقراری مقاربت، دیواره واژن خود را خیلی سفت و تنگ احساس می‌کنند یا تصور آنها این است که هیچ راه نفوذی وجود ندارد. وجود چنین سابقه‌ای و ناتوانی در تحمل معاینات زنان دو ویژگی تشخیصی مهم واژنیسموس است. همچنین این بیماران به خاطر ترس از درد، نسبت به لمس واژنی احساس بی‌زاری داشته و رفتار اجتنابی نشان داده [۱۵] و اجازه معاینه و ارزیابی را نمی‌دهند. گزارش بیماران حاضر در این پژوهش گویای ناتوانی آنها در برقراری مقاربت بود و همچنین واکنش اجتنابی آنها مثل جمع کردن پاها و گریه و فریاد به هنگام انجام معاینه شاهدهی بر تشخیص این بیماری بود. این در حالی بود که این بیماری، از سوی متخصصان زنان تشخیص داده شده بود و بیماران برای درمان به کلینیک آتیه ارجاع داده شده بودند.

قبل از شروع درمان، بیماران از نظر عملکرد جنسی و روانشناختی مورد مصاحبه بالینی و ارزیابی قرار گرفتند. در هیچ یک از بیماران سابقه اختلال روانی، ترومای جنسی و

این ترتیب که درمانگر در ابتدا به ماساژ بخش بیرونی واژن می‌پرداخت و با ارائه بیوفیدبک شنیداری که نشانگر عملکرد عضلات کف لگن و واژن بود، از بیمار می‌خواست تا با توجه به بازخوردی که دریافت کرده است، میزان آرمیدگی عضلات واژن خود را کنترل کند. سپس درمانگر از ورود و خروج یک انگشت خود شروع می‌کرد و به محض عادت کردن بیمار به ورود یک انگشت، از او می‌خواست تا انقباض و انبساط عضلات واژن خود را مطابق با فیدبک ارائه شده تنظیم و کنترل نماید. این تمرینات به همین ترتیب با استفاده از یک انگشت خود بیمار، دو انگشت درمانگر و سپس دو انگشت بیمار و در نهایت سنسور در جلسات بعدی ادامه می‌یافت. طول مدت هر جلسه درمانی بیوفیدبک ۴۰ دقیقه بود و تعداد جلسات به میزان پیشرفت بیمار در انجام تمرینات و بهبود او بستگی داشت و تا موفقیت کامل در انجام تمرینات ادامه می‌یافت. فاصله بین جلسات درمانی نیز یک هفته بود. همانطور که بیان شد، از بیماران خواسته می‌شد تا تمرین مربوط به هر جلسه درمان بیوفیدبک را در منزل تکرار کنند. جلسات درمانی بیوفیدبک و تمرین‌های رفتاری منزل تا دستیابی بیمار به برقراری مقابرت موفقیت‌آمیز ادامه می‌یافت. نهایتاً در مرحله آخر درمان بیوفیدبک و تمرینات رفتاری، زوجین به تدریج سعی در برقراری مقابرت می‌کردند.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت کننده در پژوهش، $31/54 \pm 3/6$ سال (از ۲۴ تا ۳۸ سال) بود. سن ۸ بیمار از همسر خود کمتر و یکی از بیماران همسن همسر خود بود. میانگین طول مدت ازدواج در این بیماران، $7/37 \pm 2/4$ سال (از ۱ تا ۱۲ سال) بود. هیچیک از بیماران سابقه بارداری نداشت، ولی علت مراجعه دو مورد از بیماران در درجه اول، درمان واژینیسموس به منظور باردار شدن بود. از نظر تحصیلات دو نفر دیپلم، دو نفر فوق دیپلم، ۴ نفر لیسانس، یک نفر فوق لیسانس بود. در مورد وضعیت شغلی نیز، ۴ نفر از بیماران شاغل بودند. به طور کلی، درمان این ۹ بیمار به طور متوسط در طی ۴ تا ۵ هفته و در قالب ۵ تا ۴ جلسه انجام شد. به طوری که، چهار بیمار در طی ۴ جلسه، یک بیمار در طی ۶ جلسه و مابقی بیماران در طی ۵ جلسه، برنامه درمانی حاضر را به اتمام رساندند. همه بیماران در پایان برنامه درمانی از آمیزش کامل و موفقیت‌آمیز خبر دادند. بدین ترتیب، درمان بیوفیدبک در ترکیب با درمان شناختی رفتاری توانست در مدت زمان کوتاهی، نتایج بسیار رضایت‌بخشی را در درمان واژینیسموس به بار آورد. همچنین اغلب این بیماران علاوه بر

تجاوز جنسی وجود نداشت. از بین بیماران حاضر در پژوهش، ۵ بیمار بیان داشتند که قبل از ازدواج، اطلاعاتی از اطرافیان و دوستان مبنی بر دردناک بودن عمل مقابرت در زنان کسب کرده‌اند که این موجب پیش‌بینی دردناک بودن این عمل و ترس از آن در آنها می‌شد. در هیچیک از بیماران نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی در خود و خانواده‌اش دیده نشد. دو بیمار از تجربه درمان ناموفق قبلی به شکل تمرینات رفتاری با دیلاتور و انگشت (finger) خبر دادند. همچنین همه بیماران از نظر وضعیت آناتومی سالم بودند.

این طرح درمانی مرکب از درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک برگرفته از، اصول درمان شناختی رفتاری مورد استفاده توسط Engman و همکاران [۹] و برنامه درمانی بیوفیدبک مورد کاربرد توسط Seo و همکاران [۱۰] بود. در این طرح درمانی از مشارکت همسر در درمان و عمل کردن به عنوان یک مشوق برای بیمار استقبال می‌شد. همچنین از زوجین خواسته شد تا زمان اتمام درمان از تلاش برای مقابرت خودداری کنند. در شروع درمان، درمانگر به توضیح مختصری درباره آناتومی جنسی، کارکرد اعضای تناسلی، فیزیولوژی و رفتار جنسی پرداخته و بدین طریق به افزایش آگاهی جنسی بیمار کمک می‌کرد. در ادامه، درمانگر به توضیح این موضوع می‌پرداخت که داشتن عقاید خاص و تجارب خاص (مانند داشتن خاطره ترسناک از اولین رابطه جنسی) می‌تواند در بروز واژینیسموس دخالت داشته باشد. در صورت وجود چنین تجارب و عقایدی در بیمار و تداوم آنها حتی پس از انجام بیوفیدبک و تمرینات رفتاری، درمانگر پس از پایان جلسه درمانی بیوفیدبک، مدت زمانی را به اصلاح و بازسازی شناختی بیمار اختصاص می‌داد. البته برنامه درمانی حاضر عمدتاً بر روی افزایش آگاهی جنسی بیماران، تمرینات رفتاری و بیوفیدبک تمرکز داشت، چرا که بیماران معمولاً پس از کسب آگاهی جنسی، انجام تمرینات رفتاری و بیوفیدبک بهبود قابل-ملاحظه‌ای نشان می‌دادند و بازسازی شناختی به ندرت ضرورت می‌یافت. به منظور تجویز تکلیف رفتاری، بیمار مکلف بود تا تمرینی که در هر جلسه درمان بیوفیدبک انجام داده است را به عنوان تکلیف منزل، هر روز دو بار و هر بار به مدت ۱۵ دقیقه تا جلسه بعدی درمان تکرار کند. همچنین بیمار و همسرش در جریان اصول و منطق درمان قرار می‌گرفتند.

به منظور انجام بیوفیدبک، در ابتدا بیمار تحت آموزش رلکسیشن قرار می‌گرفت. در این برنامه درمانی به منظور انجام درمان بیوفیدبک، به جای دیلاتور با سایزهای مختلف، از انگشت به عنوان ابزار ورود و خروج در واژن استفاده شد. به

پس از درمان ۱۰ هفته‌ای و ۱۵ درصد از بیماران درمان فردی پس از درمان ۶ هفته‌ای بهبود یافتند. یافته مطالعات Seo و همکاران [۱۰] نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک در درمان بیماران واژینیسموس بود. این پژوهشگران که ۱۲ بیمار واژینیسموس را در ابتدا تحت درمان بیوفیدبک و سپس در جلسات درمان شناختی رفتاری (۸ هفته) قرار دادند، موفق به درمان کامل تمام بیماران شدند.

اغلب مدل‌های درمانی واژینیسموس بر کاهش اضطراب و اشکال مختلف رلکسیشن تمرکز داشته‌اند. مطالعات مروری گویای این است که تمرینات رفتاری با استفاده از دیلاتور، بیشترین درمان مورد پیشنهاد در درمان این بیماری است [۴]. با توجه به اینکه واکنش واژینیستیک نشان‌دهنده پاسخ ترس شرطی شده به محرک جنسی و محرک‌های مشابه است، مواجهه عینی در قالب تمرینات رفتاری می‌تواند در کاهش ترس نسبت به محرک جنسی و آمیزش مؤثر عمل کند [۶-۵]. بدین ترتیب، درمان مرسوم واژینیسموس عمدتاً شامل آموزش و مشاوره جنسی، تمرین‌های رلکسیشن و استفاده از دیلاتور با سایزهای مختلف یا ابزار جایگزین است [۱۴] که درمان شناختی رفتاری همگی آنها را شامل می‌شود.

همچنین نشان داده شده است که در حین واکنش‌های واژینیستیک، عضلات کف لگن به طور غیرارادی منقبض می‌شوند. این انقباضات به صورت اسپاسم با انقباضات موجود در حین ارگاسم تداخل ایجاد می‌کند [۱۲]. بیوفیدبک به افراد کمک می‌کند تا با بازخورد دریافت‌شده از وضعیت فیزیولوژیک خود، رفتار خود را تغییر دهند [۱۳]. بر این اساس، در مطالعه حاضر، بیوفیدبک به افزایش آگاهی بیمار نسبت به وضعیت آرمیدگی عضلات واژن و کنترل بهتر آن کمک کرد که این، خود می‌تواند دلیلی بر کوتاه مدت شدن طول درمان حاضر و افزایش میزان موفقیت آن باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که به دلیل دسترسی محدود به مبتلایان به واژینیسموس، ناچاراً پژوهش حاضر بر روی تعداد معدودی از این بیماران انجام گرفت. پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های بعدی، این برنامه درمانی بر روی تعداد بیشتری از بیماران واژینیسموس صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر، دو روش درمانی

شناختی-رفتاری و بیوفیدبک در ترکیب با یکدیگر در درمان تعداد معدودی از بیماران واژینیسموس مورد کاربرد قرار گرفت. نتایج، از اثربخشی بالا و سریع این برنامه درمانی در درمان بیماران واژینیسموس و کمک به بارداری آنها حکایت داشت. بنابراین، می‌توان با بکارگیری درمان شناختی رفتاری و

توانایی برقراری مقاربت، از داشتن یک رابطه جنسی لذتبخش و بدون ترس و درد خبر می‌دادند. به عبارت دیگر این درمان نه تنها در درمان اختلال واژینیسموس مبتلایان، بلکه در بهبود و ارتقاء رابطه جنسی و زناشویی این بیماران نیز مؤثر عمل کرد. این تغییر در گزارش همسر این بیماران نیز قابل مشاهده بود و آنها نیز از بهبود رابطه جنسی و زوجی خود خبر می‌دادند. از دیگر نتایج شایان ذکر، بارداری بیماران در حین و پس از درمان بود. به طوری که در یکی از بیماران، بلافاصله پس از درمان بارداری رخ داد. یک بیمار به فاصله دو ماه و یک بیمار دیگر به فاصله سه ماه پس از اتمام درمان باردار شدند.

بحث

در پژوهش حاضر، درمان شناختی-رفتاری به منظور حساسیت‌زدایی تدریجی و اصلاح شناختی و درمان بیوفیدبک به منظور آرمیدگی انقباض عضلات کف لگن، در ترکیب با یکدیگر برای درمان واژینیسموس مورد استفاده قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های مختلف [۹-۸-۴] می‌باشد و گویای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و حساسیت‌زدایی تدریجی در درمان واژینیسموس است. همچنین، همسو با یافته پژوهش حاضر، گزارش برخی مطالعات [۱۰-۱۱] گویای کاربرد مؤثر بیوفیدبک در درمان واژینیسموس بوده است.

در مقایسه یافته مطالعه حاضر با نتایج مطالعات پیشین می‌توان به پژوهش Engman و همکاران [۹] اشاره کرد که در قالب ۱۴ جلسه درمانی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان واژینیسموس پرداختند. یافته مطالعه آنها دال بر اثربخشی بالای درمان شناختی رفتاری در درمان بیماران واژینیسموس بود. به طوری که ۸۱٪ از بیماران پایان درمان و همچنین پس از دوره پیگیری از توانایی برقراری مقاربت رضایت‌بخش خبر دادند. همچنین، یافته تحقیقات Ter Kuile و همکاران [۵] حاکی از اثربخشی مداخلات رفتاری مواجهه‌سازی و حساسیت‌زدایی تدریجی در درصد بالایی از بیماران واژینیسموس است. به طوری که در این مطالعه، ۳۱ بیمار از ۳۴ بیمار در یک دوره درمان ۱۲ هفته‌ای که با استفاده از دیلاتور بوده است، بهبود یافته و قادر به برقراری مقاربت شده‌اند. مطالعه Van Lankveld و همکاران [۸] نیز که به بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری در قالب درمان شناختی، مواجهه تدریجی و تمرینات ریلکسین در درمان واژینیسموس به صورت فردی و گروهی پرداختند، حاکی از اثربخشی نسبی این روش در درمان این بیماران بود. به طوری که ۲۱ درصد از بیماران گروه درمانی

و اصلاحات از سمیه رامش و اجرای درمان بیوفیدبک از الهه همت بلند بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از همکاری زنان شرکت کننده در پژوهش، کلیه پرسنل و کارمندان کلینیک آتیه شهر تهران که زمینه این پژوهش را فراهم آورده‌اند، کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند.

بیوفیدبک، بیماران واژینیسموس را با موفقیت قابل ملاحظه‌ای، در کوتاه مدت مورد معالجه قرار داد.

تعارض منافع

موضوع پژوهش هیچ گونه تعارضی با منافع نویسندگان ندارد.

سهم نویسندگان

ایده مقاله، طرح، روش شناسی و نظارت بر فرایند پژوهش از رضا رستمی، اجرای رویکرد شناختی رفتاری، نگارش مقاله

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
2. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. Archives of Sexual Behavior 2010;39(2):278-91.
3. Bertolasi L, Frasson E, Cappelletti JY, Vicentini S, Bordignon M, Graziottin A. Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. Obstetrics & Gynecology 2009;114(5):1008-16.
4. Macey K, Gregory A, Nunns D, Das Nair R. Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. BMC women's health 2015;15(1):1.
5. ter Kuile MM, Melles R, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, van Lankveld JJ. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list control trial of efficacy. Journal of consulting and clinical psychology 2013;81(6):1127-36.
6. Melles RJ, Kuile MM, Dewitte M, Lankveld JJ, Brauer M, Jong PJ. Automatic and Deliberate Affective Associations with Sexual Stimuli in Women with Lifelong Vaginismus Before and After Therapist-Aided Exposure Treatment. The journal of sexual medicine 2014;11(3):786-99.
7. Plaut SM, RachBeisel JA. Use of anxiolytic medication in the treatment of vaginismus and severe aversion to penetration: Case report. Journal of Sex Education and Therapy 1997;22(3):43-5.
8. Van Lankveld JJ, ter Kuile MM, de Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006;74(1):168-78.
9. Engman M, Wijma K, Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. Cognitive behaviour therapy 2010;39(3):193-202.
10. Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. Urology 2005;66(1):77-81.
11. Barnes J, Bowman EP, Cullen J. Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus. Biofeedback and self-regulation 1985; 10(2): 199-201.
12. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. Archives of sexual behavior 2004;33(1):5-17.
13. Schwartz MS, Andrasik F, editors. Biofeedback: A practitioner's guide. Guilford Publications; 2015 Nov 3.
14. Huber JD, Pukall CF, Boyer SC, Reissing ED, Chamberlain SM. "Just relax": Physicians' experiences with women who are difficult or impossible to examine gynecologically. The journal of sexual medicine 2009;6(3):791-9.

15. Watts G, Nettle D. The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. The journal of sexual medicine 2010;7(1pt1):143-8.

Effectiveness of the Combination of Cognitive-Behavioral Therapy and Biofeedback in the Treatment Vaginismus: (Pilot Study)

Rostami R¹, Ramesh S², Hemmat Boland E³

1-Psychiatrist, Associate Professor, Tehran University. (Corresponding author)

E-mail: rezaros@gmail.com, Tel: 09121307052.

2- MA of Clinical Psychology, Tehran University

3-Bachelor of Midwifery, Atie Clinic, Tehran, Iran

Received: 22 December 2015

Accepted: 4 September 2016

Introduction: Vaginismus as a sexual dysfunction and having devastating consequences needs effective therapeutic approaches. Therefore, this study reports the treatment of 9 cases of vaginismus by using biofeedback and cognitive-behavioral therapy.

Material and Methods: In this study, at first the patients were diagnosed with vaginismus according to their history and reaction during the examination. Treatment was combination of training anatomy and the genitals function, training sexual behavior, the correction of any inaccurate information and cognition about the sexual activity, behavioral practices, training relaxation technique and biofeedback for help to voluntary control and increase relaxation of pelvic floor muscles.

Results: After an average of 4-5 weeks, all the 9 patients completed the treatment program and were able to have satisfactory intercourse. Pregnancy occurred in one of the patients immediately after the treatment and in two other patients, one with interval of two months and another three months after completion of the treatment.

Conclusion: Therefore, biofeedback with cognitive-behavioral therapy is effective and short-term treatments for patients with vaginismus.

Key words: Biofeedback, Cognitive-behavioral therapy, Vaginismus.

Please cite this article as follows:

Rostami R, Ramesh S, Hemmat Boland E. Effectiveness of the combination of cognitive-behavioral therapy and biofeedback in the treatment vaginismus: (Pilot Study). Community Health journal 2016; 10(1): 72-77.

Funding: This research was founded by Atieh Clinic of Tehran.

Conflict of interest: none declared

Ethical approval: The ethical committee of Atieh clinic of Tehran approved the study