

Ocena występowania bolesnego współżycia u kobiet w praktyce ginekologicznej

Assessment of painful sexual intercourse occurrence among women in gynaecological practice

Wróbel Beata

NZOZ „Dla zdrowia rodziny”, Dąbrowa Górnicza

Streszczenie

Cel pracy: Analiza występowania bolesnego współżycia seksualnego wśród kobiet, pacjentek gabinetu ginekologicznego.

Materiał i metody: Za pomocą samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza pytań, składającego się z części A i B zbadano 104 kobiety. Wszystkie badane współżyły seksualnie. Część A zawierała pytania na temat występowania bolesnego współżycia seksualnego i została wypełniona przez badane. Część B zawierała pytania dotyczące stanu miejscowego przedstonka i wejścia do pochwy; została wypełniona przez badającego lekarza ginekologa. Wyniki poddano statystycznej analizie.

Wyniki: U 20 (19,2%) spośród 104 zbadanych kobiet występowało bolesne współżycie.

Wnioski:

1. Bolesne współżycie seksualne występuje u kobiet w każdym wieku, chociaż różne są przyczyny jego powstawania.
2. Kobiety mogą odczuwać ból związany z kontaktem seksualnym, chociaż nigdy wcześniej nie odbyły stosunku seksualnego z penetracją pochwy.
3. U 1/4 kobiet z bolesnym współżyciem seksualnym ból występuje przy próbie podjęcia współżycia lub „na samą myśl” o nim.
4. Prawie połowie kobiet po menopauzie, odczuwających suchość w pochwie, towarzyszy ból w czasie współżycia seksualnego.
5. Ponieważ u 30% kobiet z widocznymi w czasie badania ginekologicznego cechami stanu zapalnego przedstonka pochwy występuje bolesne współżycie, badanie ginekologiczne powinno stać się stałym elementem diagnostyki tego zaburzenia.

Słowa kluczowe: **bolesne współżycie seksualne / pochwica / zespół sromowo-przedstonkowy / badanie ginekologiczne /**

Adres do korespondencji:

Beata Wróbel
NZOZ „Dla zdrowia rodziny”, Dąbrowa Górnicza
41-300 Dąbrowa Górnicza,
ul. Południowa 43
e-mail. wrobel_beata@poczta.fm

Otrzymano: 22.04.2008

Zaakceptowano do druku: 01.10.2008

Wróbel B.

Abstract

Objectives: Analysis of painful sexual intercourse occurrence among women who are patients of a gynaecological practice.

Material and methods: 104 women have been examined by means of self-constructed questionnaire consisting of parts A and B. All interviewees had had sexual intercourses. Part A of the questionnaire included questions concerning painful sexual intercourse and was completed by the interviewees, whereas part B included questions concerning the presence of symptoms of vulvar vestibulitis and was completed by the gynaecologist after the examination.

Statistical analysis was performed by means of chi-quadrat test.

Results: Out of 104 examined women, 20 patients (19.2%) complained of painful intercourse occurrence.

Conclusion:

1. Women at all ages experience painful intercourse, although there are different reasons for its occurrence.
2. Women may experience pain connected with sexual intercourse although they never experienced intercourse with vaginal penetration.
3. In case of 1/4 of women, coital pain occurs at the attempt of intercourse or "at the very thought of it".
4. Pain during sexual intercourse occurs in case of almost 50% of post menopausal women, experiencing vaginal dryness.
5. Since 30% women with visible features of vulvar vestibulitis, detected during gynaecological examination, experience painful sexual intercourse, gynaecological examination should constitute a constant element of diagnosis of painful sexual intercourse among women.

Key words: **dyspareunia / vaginismus / vulvar vestibulitis syndrom / gynecologic examination /**

Wstęp

W codziennej praktyce ginekologicznej spotyka się pacjentki, które zgłaszają się do lekarza z powodu dolegliwości bólowych w czasie kontaktu seksualnego, bądź potwierdzają jego występowanie w czasie zbierania wywiadu ginekologicznego, odpowiadając na zadane wprost pytanie przez ginekologa, czy odczuwa pani ból w czasie kontaktu seksualnego?

Próby opisu bolesnego współżycia seksualnego u kobiet podejmowane są od około czterech tysięcy lat i mimo imponującego postępu badań medycznych do dziś nie istnieje pełne porozumienie w sprawie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w tej dolegliwości [1].

Ból związany ze współżyciem seksualnym jest objawem osiowym dwóch głównych zaburzeń związanych z bolesnym współżyciem dyspareunii (*dyspareunia*) i pochwy (*vaginismus*) [2, 3]. W prezentowanej pracy opieram się na Klasyfikacji zaburzeń seksualnych u kobiet według zespołu ekspertów *American Foudation for Urologic Disease* (1998). Ten system diagnostyczny oparty jest na trójfazowym (pożądanie, pobudzenie, orgazm) modelu Kaplan, będącym modyfikacją czterofazowego modelu reakcji seksualnej u kobiet Mastersa i Johnson (pobudzenie, *plateau*, orgazm i ustąpienie). Punkt czwarty tej klasyfikacji obejmuje zaburzenia seksualne związane z bólem (*Sexual pain Disorders*), do których zaliczane są:

- 1) dyspareunia: nawracający lub utrzymujący się ból w obrębie narządów płciowych mający związek ze stosunkiem seksualnym,
- 2) pochwica: nawracający lub utrzymujący się mimowolny skurcz mięśni jednej trzeciej zewnętrznej pochwy, który utrudnia penetrację, co jest powodem problemów osobistych,

3) zaburzenia seksualne wiążące się z bólem, ale niezwiązane ze stosunkiem płciowym, to nawracające lub utrzymujące się bóle narządów płciowych wywołane stymulacją seksualną niezwiązaną ze stosunkiem [4].

Klasyfikacja ta nie zawiera jednak ostatecznego rozwiązania diagnostycznego dla bólu związanego ze współżyciem seksualnym i w dalszym ciągu przyczynia się do utrwalania wśród klinicystów stanowiska, że dyspareunia spowodowana jest konkretną dolegliwością fizyczną, a jeżeli nie ma żadnej zauważalnej przyczyny fizycznej, to znaczy, że jest skutkiem problemów psychoseksualnych indywidualnych lub w związku [1, 5]. Chociaż taka droga była użyteczna i pomocna pacjentom w wielu przypadkach, nie doprowadziła do znaczącego teoretycznego i terapeutycznego postępu w ciągu ostatnich 20 lat [6].

Obecne badania nad bólem seksualnym kobiety, pokazują inny kierunek i nowe spojrzenie na zagadnienie mocno weryfikujące dotychczasowe stanowisko. Binik i wsp. [6] postawili pytanie, czy zaburzenia seksualne kobiety z towarzyszącym bólem to tylko ból genitalny czy już dysfunkcja seksualna? Proponują oni wbrew tradycyjnemu widzeniu traktować dyspareunię jako zespół bólowy bardziej niż zaburzenie seksualne. Skutkuje to poszukiwaniem nowych kierunków badań, diagnostyki i leczenia [1, 6, 7].

Oparte są one na widzeniu bólu występującego w czasie współżycia seksualnego jako sygnału na podłożu neuropatycznym pochodzącego z uszkodzonej tkanki przedstonka (*vestibular vaginal syndrom* – VVS) pochwy, generującego się w obrębie obwodowego systemu nerwowego, uzyskującego maksymalne wzmocnienie w OUN [8].

Ocena występowania bolesnego współżycia u kobiet w praktyce ginekologicznej.

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie występowania bolesnego współżycia seksualnego u kobiet zgłaszających się do ginekologa, próba opisu tego bólu oraz odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek między stanem miejscowym ocenianym w badaniu fizykalnym przez ginekologa a pojawianiem się bólu związanego ze współżyciem seksualnym.

Materiał i metody

Za pomocą samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza, składającego się z części A i B zbadano 104 kobiety, które zgłosiły się na wizytę w poradni ginekologicznej. Wszystkie badane kobiety deklarowały współżycie seksualne. (Tabela I).

Część A zawierała pytania na temat występowania bolesnego współżycia seksualnego i została wypełniona przez badane. Część B wypełniona została przez lekarza po wykonaniu badania ginekologicznego.

Badane kobiety poinformowane zostały o celu i sposobie przeprowadzonego badania. Kwestionariusz był anonimowy, dobrowolny, do każdego kwestionariusza dołączono zgodę na udział w badaniu. Badanie przeprowadzono od lipca 2006 do grudnia 2007 r.

Otrzymane wyniki zebrano w arkuszu kalkulacyjnym MS Excel 2000 i poddano analizie statystycznej przy użyciu testu istotności chi-kwadrat, przyjmując za istotny poziom $p < 0,05$.

Wyniki

Część A. Wiek badanych przedstawia tabela II.

Z grupy badanych kobiet 20 (19,2%) odczuwało ból w czasie kontaktu seksualnego, ale z tego powodu do ginekologa zgłosiło się tylko 6 (5,8%) kobiet. W całej grupie było 17 (16,3%) kobiet po menopauzie.

Przeanalizowano statystycznie występowanie dolegliwości bólowych we współżyciu w zależności od wieku badanych. (Rycina 1).

Ból związany ze współżyciem seksualnym występuje w każdej z badanych grup wiekowych. Najwięcej bólu związanego ze współżyciem seksualnym obserwuje się w grupie kobiet do dwudziestego roku życia, w pozostałych grupach częstość jego występowania była podobna. Nie stwierdzono zależności pomiędzy występowaniem bólu w czasie współżycia a wiekiem kobiet.

Ponieważ ból związany ze współżyciem seksualnym może występować u kobiet, które nigdy nie doświadczyły wprowadzenia członka do pochwy postawiono badanym kobietom pytanie, czy miały pełny stosunek douchwowy?

Zanalizowano zależność pomiędzy występowaniem bólu związanego ze współżyciem seksualnym a doświadczeniem w dotychczasowym życiu seksualnym pełnego stosunku douchwowego. (Rycina 2).

Analiza statystyczna wykazała, że 8,3% kobiet, które nie odczuwały bólu związanego ze współżyciem nie miało do chwili badania pełnego kontaktu seksualnego. Natomiast kobiety z bolesnym współżyciem seksualnym, pomimo bólu odbywały pełne douchwowe stosunki seksualne ($p > 0,05$).

Następnie zanalizowano w grupie kobiet z bolesnym współżyciem seksualnym, w którym momencie penetracji pochwy odczuwają ból. (Rycina 3).

Tabela I. Kwestionariusz pytań dla badanych kobiet, których odpowiedzi zostały poddane statystycznej analizie.

Część A	
1.	Ile Pani ma lat? do 20 / 21-30 / 31-40 / 41-50 / 51-60 / 61-70
2.	Powód wizyty: upławy / bolesne współżycie sex / bóle brzucha / wizyta w ciąży / badanie kontrolne
3.	Czy odczuwa Pani ból w czasie kontaktu seksualnego? tak / nie
4.	Ból występuje? w czasie wprowadzania członka do pochwy / w czasie ruchów członka w pochwie / pojawia się na samą myśl o współżyciu / w czasie kontaktu członka z przedstonkiem pochwy
5.	Ból jest ? piekący / ostry / nagły / przewlekły / narastający
6.	Czy jest Pani po menopauzie? tak / nie
7.	Czy odczuwa Pani suchość w pochwie? tak / nie
8.	Ból jest odczuwany przy próbie bądź wyobrażeniu współżycia? tak / nie
9.	Czy miała Pani pełny douchwowy stosunek seksualny? tak / nie
Część B (wypełnia lekarz wykonujący badanie)	
10.	Bolesność przedstonka pochwy tak / nie
11.	Cechy stanu zapalnego w przedstonku pochwy tak / nie
12.	Mocny skurcz mięśni okrężnych wejścia do pochwy tak / nie
13.	Nie ma możliwości wprowadzenia palca do pochwy tak / nie

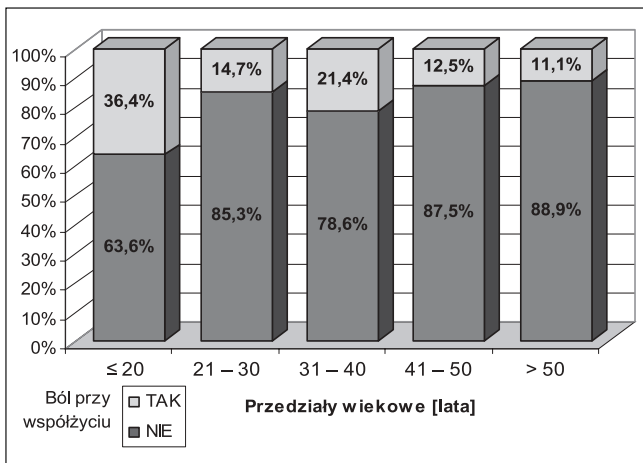
Tabela II. Wiek badanych kobiet.

Wiek (lata)	Liczba	%
≤20	22	21,2
21-30	34	32,6
31-40	14	13,5
41-50	16	15,4
51-60	18	17,3

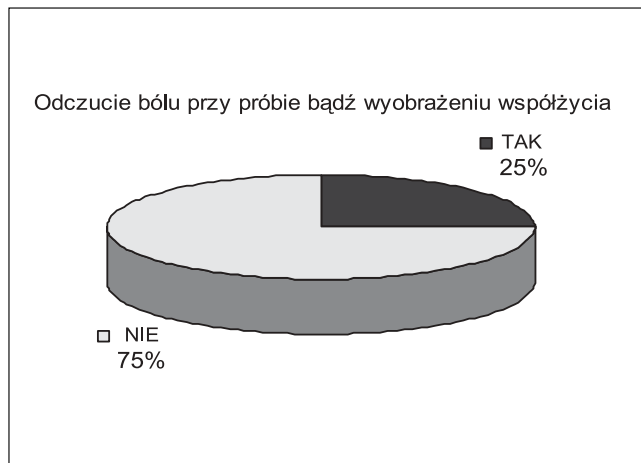
U kobiet współżyciących seksualnie z towarzyszącym bólem w czasie pełnej penetracji pochwy 65% dolegliwości bólowych występuje w czasie wprowadzania członka do pochwy, a u 35% w czasie ruchów frykcyjnych.

W związku z możliwością odczuwania bólu związanego ze współżyciem seksualnym bez penetracji pochwy zadano kobietom pytanie o moment odczuwania bólu. (Rycina 4).

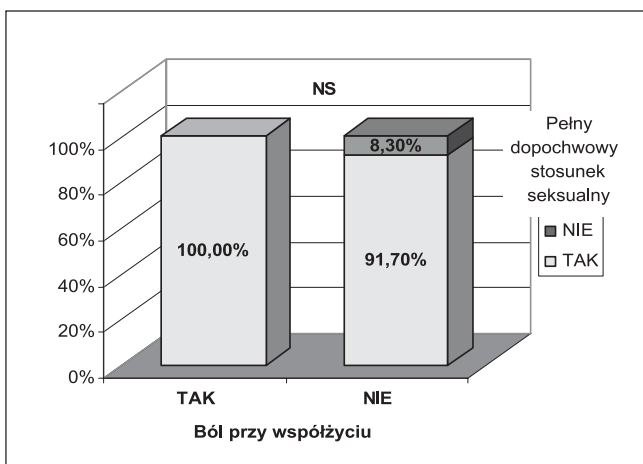
Wróbel B.



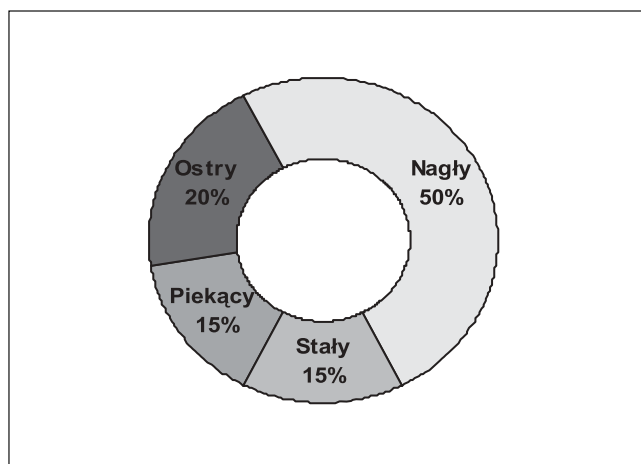
Rycina 1. Występowanie bólu w czasie współzycia seksualnego w poszczególnych grupach wiekowych badanych kobiet.



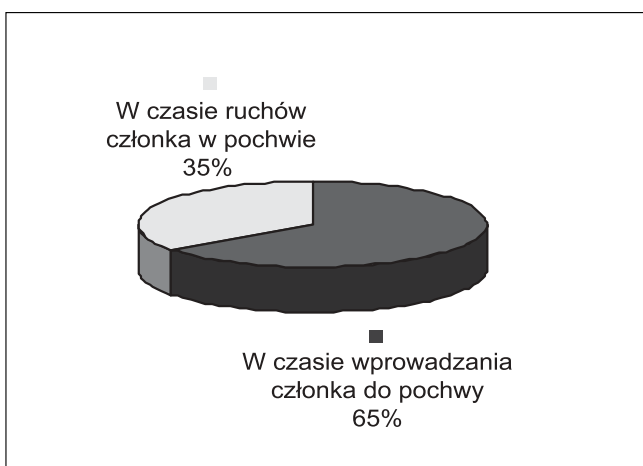
Rycina 4. Występowanie odczuwania bólu związanego ze współzyciem bez kontaktu seksualnego.



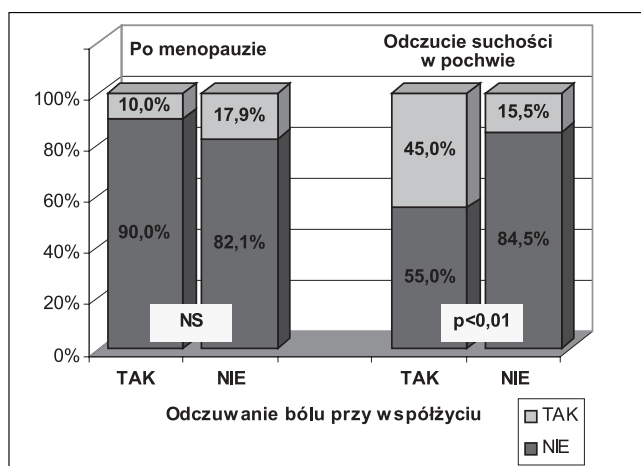
Rycina 2. Relacja między występowaniem bólu związanego ze współzyciem seksualnym a brakiem pełnego dopochwowego stosunku seksualnego.



Rycina 5. Rodzaj bólu seksualnego związanego ze współzyciem.



Rycina 3. Moment występowania bólu w czasie kontaktu seksualnego.



Rycina 6. Zależność występowania bólu seksualnego związanego ze współzyciem seksualnym u kobiet po menopauzie i odczuwających suchość w pochwie.

Ocena występowania bolesnego współżycia u kobiet w praktyce ginekologicznej.

U 25% badanych kobiet odczucie zbliżającej się penetracji lub wyobrażenie sobie członka w pochwie powoduje odczuwanie bólu.

W kolejnym pytaniu poproszono badane o przybliżone określenie rodzaju bólu towarzyszącego współżyciu. (Rycina 5).

Najczęściej kobiety odczuwają ból jako nagły i ostry, tylko 15% określa ból jako stały. Analizując powyższy schemat należy pamiętać, że kolejne rodzaje bólu przechodzą w następane w czasie jednego kontaktu seksualnego.

Występowanie dolegliwości bólowych związanych ze współżyciem seksualnym występuje również u kobiet po menopauzie i jest związane lub nie z odczuwaniem suchości w pochwie. Zbadano występowanie bolesnego współżycia u kobiet po menopauzie oraz współwystępowanie bólu związanego ze współżyciem seksualnym i suchości w pochwie. (Rycina 6).

Zarówno w grupie kobiet z bólem jak i bez bólu odsetek kobiet po menopauzie był podobny ($p>0,05$), więc występowanie bólu nie jest związane bezpośrednio z okresem menopauzalnym. Ból jednak związany jest bezpośrednio z odczuwaniem suchości w pochwie. U kobiet odczuwających ból w czasie współżycia seksualnego znamienne statystycznie częściej ($p<0,01$; 45% vs 15,5%) występuje suchość w pochwie.

Część B. Zbadano występowanie cech stanu zapalnego przedsionka pochwy: bolesności przedsionka pochwy (dotyk wacikiem), zaczerwienienia i uszkodzenia nabłonka, mocnego skurczu 1/3 zewnętrznych mięśni wejścia do pochwy, braku możliwości wprowadzenia palca badającego do pochwy. (Rycina 7).

ODCZUWANIE BÓLU PRZY WSPÓŁŻYCIU			
	TAK	NIE	
Występuje bolesność przedsionka pochwy	15,0%	7,1%	NS
Występują cechy stanu zapalnego w przedsionku pochwy	30,0%	9,5%	$p<0,05$
Występuje mocny skurcz 1/3 zewnętrznych mięśni pochwy	0,0%	2,4%	NS
Jest utrudnione wprowadzenie palca do pochwy	0,0%	0,0%	NS

Rycina 7. Relacja między obecnością niektórych cech fizycznych łączonych z występowaniem bólu w czasie współżycia seksualnego a jego faktyczną obecnością.

Wśród kobiet odczuwających ból w czasie współżycia seksualnego znamienne statystycznie ($p<0,05$) częściej występują cechy stanu zapalnego w przedsionku pochwy (30,0% vs 9,5% w grupie bez bólu). Również u 15,0% kobiet ból ten związany jest z bolesnością przedsionka pochwy (7,1% u kobiet bez bólu $p>0,05$). Należy zwrócić uwagę, że u 2,4% kobiet nieodczuwających bólu w czasie współżycia obserwowany jest mocny skurcz 1/3 zewnętrznych mięśni pochwy.

Dyskusja

Około 15% kobiet cierpi z powodu chronicznej dyspareunii, która jak wydaje się w chwili obecnej jest zagadnieniem źle rozumianym, dolegliwością rzadko leczoną i wysoce problematyczną [9].

Vulvodynia – zespół przewlekłego bólu przedsionka pochwy, odczuwana jest przez 18% populacji kobiet. Pomimo dużego rozprzestrzenienia i towarzyszącego jej cierpienia, etiologia, diagnostyka i postępowanie kliniczne nie zostały jasno nakreślone [10].

W prezentowanym badaniu dolegliwości bólowe związane ze współżyciem występują u 20 (19,2%) kobiet i obejmują kobiety ze wszystkich trzech grup *Sexual pain Disorders*: z dyspareunią, z pochwicą oraz z dolegliwościami bólowymi niezwiązanymi ze stosunkiem seksualnym. Ból związany ze współżyciem seksualnym występuje we wszystkich grupach wiekowych badanych kobiet.

Ustawicznie toczy się dyskusja i podejmowane są badania nad doświadczalnym wykazaniem podobieństw i różnic między pochwicą a dyspareunią. Kruiff wraz z zespołem zbadali 30 kobiet z dyspareunią i pochwicą w celu sprawdzenia, czy oba te zaburzenia różnią się objawami klinicznymi.

Wyniki pokazały, że ani wywiad, ani badanie fizykalne nie pozwalają na postawienie rozpoznania różnicowego bolesnego współżycia od pochwy [11]. Zarówno oni jak i inni autorzy sugerują bardziej wielokierunkowe opisywanie i diagnozowanie objawów, aniżeli odrębne różnicowanie obu zaburzeń [12].

Aby możliwe było takie wielokierunkowe spojrzenie na zagadnienie, konieczne jest włączenie do zespołu specjalistów, oprócz psychologów i terapeutów także ginekologów, co potwierdza praca Reissinga i zespołu [13], w której badano rolę skurczu pochwy i bólu w *sexual behavior* oraz zgodność diagnostyczną w ramach tych grup specjalistów.

Wyniki badań sugerują, że definicja pochwy, bazująca tylko na skurczu mięśni nie jest wystarczającym markerem w opisie tego zespołu dolegliwości. Niezbędne jest branie pod uwagę stanu miejscowego sromu, przedsionka i wejścia do pochwy, a takiej oceny może dokonać tylko ginekolog [9].

Dla wyjaśnienia związku pomiędzy różnicami diagnostycznymi zespołu sromowo-przedsionkowego (*vulvar vestibulitis syndrome* – VVS) i pochwy potrzebne są badania z zakresu psychofizjologii jako bazy analizy przyczyn powstawania bólu w czasie stosunku związanego z pieczeniem i swędzeniem w przedsionku [14].

W prezentowanym badaniu żadna z kobiet nie odczuwała stwierdzanego w badaniu ginekologicznym skurczu 1/3 zewnętrznych mięśni okrężnych wejścia do pochwy, natomiast piekący ból występował u 15% badanych. W pracy Engmana i zespołu u kobiet z pochwicą piekący ból występował u 81,1% [15].

W chwili obecnej rozpowszechnionym postępowaniem terapeutycznym wspólnego występowania zespołu sromowo-przedsionkowego i pochwy jest leczenie VVS przed rozpoczęciem terapii pochwy. Autorzy pracy „*Combined vulvar vestibulitis syndrome with vaginismus: which to treat first?*” proponują odwrócenie kolejności postępowania [16].

Wróbel B.

Biorąc pod uwagę prezentowane wyniki badań, z których wynika, że 65% kobiet odczuwa ból w czasie kontaktu członka z przedsionkiem pochwy, przy jego wprowadzaniu do pochwy, a 30% kobiet z cechami VVS bez pochwy odczuwa ból w czasie współżycia wydaje się, że taki pogląd nie do końca jest słuszny i powinien być dyskutowany. Należy jednak brać pod uwagę, że skurcz mięśni okężnych wejścia do pochwy może w czasie kontaktu seksualnego być przyczyną mechanicznego uszkodzenia śluzówki i występowania wtórnego bólu. Stan taki przyczynia się do powstawania kobiecych dysfunkcji seksualnych w zakresie: przetrwałych i świeżych zaburzeń pożądania, subiektywnego i genitalnego podniecenia, bólu zróżnicowanego w uświłowaniu i pełnym stosunku seksualnym [17]. Potwierdzają to wyniki przedstawianego badania: ból związany z wyobrażeniem wprowadzenia członka do pochwy lub uświłowania podjęcia współżycia występuje u 25% badanych.

W grupie kobiet cierpiących z powodu pochwy znajdują się również takie, które nigdy nie odbyły pełnego kontaktu seksualnego i pozostają w związkach nieskonsumowanych. W moim badaniu 6,7% aktywnych seksualnie kobiet nie miało dopochwowego stosunku seksualnego. Stan taki określa się jako *Lifelong Vaginismus* i definiuje jako „brak doświadczenia wejścia penisa do pochwy w dotychczasowym życiu” [18]. Wszystkie kobiety z bólem związanym ze współżyciem miały pełny kontakt seksualny, a w grupie kobiet bez bolesnego współżycia seksualnego 8,3% nie odbyło pełnego dopochwowego stosunku seksualnego.

Zagadnienie bolesnego współżycia seksualnego dotyczy również kobiet po menopauzie. W przedstawianym opracowaniu w tej grupie badanych ból związany ze współżyciem seksualnym występował u 10% kobiet, natomiast u kobiet odczuwających suchość w pochwie, aż u 45%.

Występowanie bólu u tych kobiet związane jest przede wszystkim z występującą suchością w pochwie oraz stanem zapalnym w przedsionku pochwy. Obie te przyczyny łączy suchość pochwy związana z pomenopauzalnym niedoborem estrogenów i ulegają one znacznej poprawie po zastosowaniu miejscowej terapii estrogenowej [19, 20, 21].

Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników badania i analizy piśmiennictwa wydaje się, że próba zmiany rozumienia bólu związanego ze współżyciem seksualnym i kwalifikowanie go jako zespołu bólowego, a nie dysfunkcji seksualnej otwiera drogę dla lekarza ginekologa, w jego diagnostyce i leczeniu i bardzo dobrze wpisuje się w pojawiający się trend weryfikacji definicji pochwy i bolesnego współżycia [9].

Wnioski

1. Bolesne współżycie seksualne występuje u kobiet w każdym wieku, chociaż różne są przyczyny jego powstawania.
2. Kobiety mogą odczuwać ból związany z kontaktem seksualnym, chociaż nigdy wcześniej nie odbyły stosunku seksualnego z penetracją pochwy.
3. U 1/4 kobiet z bolesnym współżyciem seksualnym występuje on przy próbie podjęcia współżycia lub „na samą myśl” o nim.
4. Prawie połowie kobiet pomenopauzalnych, odczuwających suchość w pochwie, towarzyszy ból w czasie współżycia seksualnego.

5. Ponieważ u 30% kobiet z widocznymi w czasie badania ginekologicznego cechami stanu zapalnego przedsionka pochwy występuje bolesne współżycie, badanie ginekologiczne powinno stać się stałym elementem diagnostyki tego zaburzenia.

Piśmiennictwo

1. Binik Y, Bergeron S, Khalife S. Dyspareunia. Terapia zaburzeń seksualnych. Red. Leiblum S, Rosen R. Gdańsk: *Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne*, 2005, 107-213.
2. Le Vay S, Valente S. Disorders of desire and performance. Human Sexuality. Ed. Donini G. Sunderland, Massachusetts, U.S.A. *Sinauer Associates, Inc.* 2006, 524-547.
3. Steege J. Dyspareunia and vaginismus. *Clin Obstet Gynecol.* 1984, 27, 750-759.
4. Leiblum S. Nowe spojrzenie na seksualność kobiety. *Ginekol Dypl.* 2002, 1, 55-60.
5. White G, Jantos M. Sexual behavior changes with vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med.* 1998, 43, 783-789.
6. Binik Y, Reissing E, Pukall C, [et al.]. The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? *Arch Sex Behav.* 2002, 31, 425-429.
7. Meana M, Binik Y, Khalife S, [et al.]. Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis.* 1997, 185, 561-569.
8. Graziottin A. Etiology and diagnosis of coital pain. *J Endocrinol Invest.* 2003, 26, 115-121.
9. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, [et al.]. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med.* 2005, 2, 301-316.
10. Bachmann G, Rosen R, Pinn V, [et al.]. Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. *J Reprod Med.* 2006, 51, 447-456.
11. de Kruijf M, ter Kuile M, Weijnen P, [et al.]. Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000, 21, 149-155.
12. Hatzichristou D, Rosen R, Broderick G, [et al.]. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med.* 2004, 1, 49-57.
13. Reissing E, Binik Y, Khalife S, [et al.]. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav.* 2004, 33, 5-17.
14. Wijma B, Jansson M, Nilsson S, [et al.]. Vulvar vestibulitis syndrome and vaginismus. A case report. *J Reprod Med.* 2000, 45, 219-223.
15. Engman M, Wijma K, Wijma B. Itch and burning pain in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis. *J Sex Marital Ther.* 2007, 33, 171-186.
16. Har-Toov J, Militscher I, Lessing J, [et al.]. Combined vulvar vestibulitis syndrome with vaginismus: which to treat first? *J Sex Marital Ther.* 2001, 27, 521-523.
17. Basson R, Althof S, Davis S, [et al.]. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2004, 1, 24-34.
18. Ter Kuile M, Van Lankveld J, Vlieland C, [et al.]. Vulvar vestibulitis syndrome: an important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005, 26, 245-249.
19. Lowenstein L, Vardi Y, Deutsch M, [et al.]. Vulvar vestibulitis severity-assessment by sensory and pain testing modalities. *Pain.* 2004, 107, 47-53.
20. Maoz B, Durst N. The effects of oestrogen therapy on the sex life of post-menopausal women. *Maturitas.* 1980, 2, 327-336.
21. Wróbel B. Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet pozostających w związku małżeńskim. *Ginekol Pol.* 2008, 79, 99-107.