TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ İLE TEDAVİ EDİLEN VAJİNİSMUS OLGULARINDA TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI DEPRESYON, ANKSİYETE VE MÜKEMMELİYETÇİLİK DÜZEYLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Kadir ÖZDEL

Ankara – 2009

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ İLE TEDAVİ EDİLEN VAJİNİSMUS OLGULARINDA TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI DEPRESYON, ANKSİYETE VE MÜKEMMELİYETÇİLİK DÜZEYLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Kadir ÖZDEL

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hakan KUMBASAR

Ankara – 2009

Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan

" **BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ İLE TEDAVİ EDİLEN VAJİNİSMUS OLGULARINDA TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI DEPRESYON ANKSİYETE VE MÜKEMMELİYETÇİLİK DÜZEYLERİ** " başlıklı Dr. Kadir Özdel'e ait bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27 / 7/ 2009

Prof.Dr.Hakan KUMBASAR
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof.Dr. Cem ATBAŞOĞLU
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkan V.

Prof.Dr.Engin TURAN
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının gerçekleşmesindeki katkıları ve yardımlarından dolayı tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Hakan KUMBASAR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli katkıları ve desteği ile emeği geçen, Prof. Dr. Abdülkadir ÇEVİK ve tüm hocalarıma,

Bilimsel önerileri ve deneyimleri ile bana yol gösteren ve çalışmanın her aşamasında yanımda olan Uzm. Dr. Ayşegül YILMAZ ÖZPOLAT'a,

Tezimde yer alan hastalara ulaşmamdaki yardımlarından dolayı uzman ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve benzer konudaki çalışmalarıyla bana destek olan Uzm. Psk. Özge ÇERİ'ye

Eğitim hayatım boyunca bana destek olan aileme, sabrı ve yardımları için sevgili eşim Sema'ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Kadir ÖZDEL

Temmuz 2009

Ankara

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Teşekkür iii

İçindekiler iv

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini vii

Tablolar Dizini viii

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 2

2.1. Vajinismus 2

2.1.1. Tanım ve Tarihçe 2

2.1.2. Klinik Tanı ve Sınıflandırma 3

2.1.2.1. Ayırıcı Tanı 5

2.1.2.2. Tanı ve Sınıflandırmadaki Sorunlar 7

2.1.2.2.1. Vajinal Ağrı 7

2.1.2.2.2. Vajina Çevresindeki Kasların Spazmı 8

2.1.3. Yaygınlık ve Sıklık 9

2.1.4. Tedavi 10

2.1.4.1. Tıbbi Yöntemler 11

2.1.4.2. Cinsel Tedavi Yöntemleri 12

2.1.4.3. Diğer Tedavi Yöntemleri 15

2.1.5. Etiyoloji 15

2.1.5.1. Fiziksel/Organik Nedenler 16

2.1.5.2. Psikolojik Nedenler 17

2.1.5.2.1. Fobik Tepkiler/Korku 18

2.1.5.2.2. Fiziksel ve Cinsel Travmalar 19

2.1.5.3. Sosyal/Kültürel Nedenler 20
2.1.5.3.1. Eğitim Eksikliği ve Cinsellikle İlgili Tutumlar 21
2.2. Araştırmaya Konu Eşlik Eden Durumlar 22
2.2.1. Depresif Belirtiler 23
2.2.2. Anksiyete Belirtileri 23
2.2.3. Obsesif Kompülsif Belirtiler 24
2.2.4. Mükemmeliyetçilik 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
3.1. Çalışma Örneklemi 29
3.2. Veri Toplama Araçları 29
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu 30
3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği 30
3.2.3. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği 31
3.2.4. Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi 31
3.2.5. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği 32
3.2.6. Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği 32
3.3. Ölçeklerin Uygulanması ve Tedavi 32
3.4. İstatistiksel Analizler 33
4. BULGULAR 34
4.1. Çalışma Örneklemi 34
4.1.1. Sosyodemografik Veriler 34
4.2. Belirti düzeyleri 35
4.2.1. Depresyon belirtileri, Anksiyete belirtileri, Obsesif Kompülsif Belirtiler ve Mükemmeliyetçilik Düzeyleri 35
4.2.1.1. Çalışmaya Katılan Olgularda Depresyon, Anksiyete, Obsesif Kompülsif Belirtiler ve Mükemmeliyetçilik Düzeyleri 35

4.2.1.2. Tedaviyi tamamlayanlarla tamamlamayanların anksiyete, depresyon, obsesif-kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeyleri bakımından karşılaştırılması 36

4.2.1.3. Tedaviyi tamamlayanlarda depresyon, anksiyete, obsesif kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeylerindeki değişim 38

4.2.2. Tedavi sürecinde kadın ve erkeklerde cinsel doyum ve işlevlerin değerlendirilmesi ve işlev düzeylerindeki değişim 39

4.3. Korelâsyonlar 42

5. TARTIŞMA 43

5.1. Sosyodemografik Veriler ve Genel Cinsellik Öyküsü 43

5.2. Belirti Düzeylerinin Tedaviyi Tamamlamayla İlişkisi ve Tedavi ile Değişimi 44

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 49

6.1. Araştırmanın sınırlılıkları 49

7. ÖZET 51

8. SUMMARY 52

9. KAYNAKÇA 53

10. EKLER 61

Ek 1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu 61

Ek 2. Hamilton Depresyon derecelendirme Ölçeği 67

Ek 3. Hamilton Anksiyete derecelendirme Ölçeği 68

Ek 4. Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi 69

Ek 5. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği 70

Ek 6. Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği 72

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

HAM-D : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAM-A : Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

ÇBMÖ : Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

ÇBMÖ-Ken : Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği-kendine yönelik mükemmeliyetçilik alt Ölçeği

ÇBMÖ-Bas : Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik alt Ölçeği

ÇBMÖ-Top : Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği topluma yönelik mükemmeliyetçilik alt Ölçeği

GRCDÖ-K : Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği kadın formu

GRCDÖ-E : Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği erkek formu

MOKSL : Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi

ICD : Hastalıkların Uluslar Arası İstatistiksel Sınıflandırması

DSM : Ruhsal Hastalıkların Tanısal Ve İstatistiksel El Kitabı

MMPI : Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 2.1 Vajinismus için ICD-10 tanı ölçütleri 4

Tablo 4.1. Çalışma örneklemindeki kadınlarda depresyon, anksiyete ve obsesif-kompülsif belirtilerin düzeyleri ve mükemmeliyetçilik düzeyi 35

Tablo 4.2. Tedaviyi tamamlayanlar ve tamamlamayan kadınların depresyon, anksiyete, obsesif kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeyleri bakımından karşılaştırılması..... 37

Tablo 4.3. Çalışmayı tamamlayan kadınlarda depresyon, anksiyete, obsesif kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeylerindeki değişim..... 38

Tablo 4.4. Tedaviyi tamamlayan ve tedaviyi bırakan kadınların cinsel işlev düzeyi bakımından karşılaştırılması..... 39

Tablo 4.5. Tedaviyi tamamlayan ve tedaviyi bırakan erkeklerin cinsel işlev düzeyi bakımından karşılaştırılması..... 40

Tablo 4.6. Tedaviyi tamamlayan kadınların tedavi öncesi ve sonrasında cinsel işlevlerindeki değişim 41

Tablo 4.7. Tedaviyi tamamlayan erkeklerin tedavi öncesi ve sonrasında cinsel işlevlerindeki değişim 41

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Vajinismus, yaygınlığı Batılı ülkelerde daha düşük yaygınlıkta olsa da ülkemizde çiftlerin tedavi başvurularının nedenleri arasında en başta yer alan bir kadın cinsel işlev bozukluğudur (Bancroft ve Tyrer 1982, Golombok ve Rust 1985, Hirst ve Watson 1996, Spector ve Carey 1990). Psikiyatrik bozuklukların hemen tamamında olan etiyoloji sorununun yanı sıra tanımında esas teşkil eden ağrı ve vajinal spazm gibi kavramlar bile tartışmalıdır. Ancak anksiyete ve kaçınma bu klinik görüngüde vazgeçilmez rol alır (Warner ve Bancroft 1987).

Vajinismusun tedavisinde de cerrahi uygulamalardan hipnoza kadar geniş bir yelpazede tedavi yöntemleri önerilmiştir. Ancak birçok çalışma vajinismuslu kadınların tedavisinde eşle birlikte yapılan bilişsel davranışçı tedavinin etkinliğini vurgulamıştır. (Biswas ve Ratnam 1995, Schnyder ve Blaser 1998).

Biz bu çalışmada, uzunlamasına çalışmalarda etkinliği gösterilmiş olan bilişsel davranışçı terapi yöntemiyle tedavi edilmiş vajinismus hastalarında anksiyete ve depresyon belirtileri ve hem kadınların hem de eşlerinin cinsel doyum ve işlevlerindeki değişimi değerlendirdik. Ayrıca, vajinismus hastalarında klinik olarak gözlediğimiz ve tabloya etkisi olabileceğini düşündüğümüz obsesif belirtiler ve mükemmeliyetçi özellikleri de tedavi öncesinde ve sonrasında değerlendirmeye aldık. Bildiğimiz kadarıyla anılan son bu hastalarda obsesif belirtilerin ve mükemmeliyetçilik gibi kişilik özelliklerinin değerlendirilerek çalışmaya dahil edildiği daha önce yapılmış başka bir çalışma yoktur.

Amacımız, uzunlamasına yapılmış bu çalışmayla cinsel doyum, depresyon ve anksiyete belirtileri, mükemmeliyetçilik ve obsesif kompülsif belirtilerin düzeylerine bakmak, bu belirtilerin tedaviyi tamamlayanlarla tamamlamayanlar arasında farklılık gösterip göstermediğini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. VAJİNİSMUS

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Vajinismus, vagina: kılıf ve ismus: eylem kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşmuş ağrı ve/veya korkuyla birlikte cinsel birleşmenin mümkün olmadığı ya da oldukça ağrılı olduğu bir bozukluğu tanımlar. Ancak sadece penis değil çoğu zaman parmak, tampon veya jinekolojik muayene sırasında kullanılan spekulum için de benzer engel söz konusudur. Cinsel etkinlikle ilişkili ağrı ve korkunun sonucunda koşullu bir yanıt olarak da ifade edilebilir. Bundan muzdarip olan kadınlar için, cinsel birleşme denemesi sırasında ortaya çıkan ileri derecedeki fiziksel acının yanı sıra şiddetli ruhsal acıya neden olan ciddi bir sorundur. Vajinaya girilmesiyle ilgili fobi düzeyinde bir korku ve buna eşlik eden vajinanın alt 1/3'lük kısmındaki pubo-koksigeal ve yakınındaki kasların istemsiz kasılmasından oluşur. Çoğunlukla bu belirtilere kaçınma eşlik eder. (Butcher 1999) Spazm, fobi ve kaçınma aslında birbirini besleyen bir kısır döngüye yol açar. Özellikle cinsel problemlerin çözüm yollarının aranmasında bir takım zorlukların olduğu toplumumuzda bu kısır döngü çifti belirgin bir sıkıntı ve çaresizliğin ortasında bırakır.

İlginç bir şekilde vajinismusun 1861 yılında Sims tarafından tanımlamasından bu yana kavram ve tedavide pek değişiklik olmamıştır. Hatta Salerno Trotula'sı 1547'deki "Kadın Hastalıkları" tezinde bizim şu an vajinismus adını verdiğimiz durumu "bir kadının uyarılmasına rağmen bakire gibi kalmasına neden olacak şekilde vulvasın daralması" olarak ifade etmiştir (Reissing 1999).

2.1.2. Klinik Tanı ve Sınıflandırma

DSM-IV-TR'de vajinismus özgül bir kadın cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılmış ve cinsel ağrı bozuklukları alt-kategorisine dâhil edilmiştir. Buna göre vajinismus için temel tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA 2000):

A. Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda cinsel birleşmeyi (koitus) engelleyecek biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması.

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu bozukluk, başka bir Eksen 1 bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (örn. somatizasyon bozukluğu) ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bu tanımlamaya ek olarak DSM-IV-TR'de; tüm birincil cinsel işlev bozukluklarının alt tipleri de belirlenmiştir: Eğer sorun, bireyin ilk cinsel deneyiminden itibaren yaşanıyorsa birincil (yaşam boyu), vajinismustan söz edilir. İkincil (edinsel) vajinismusta bireyin cinsel yaşamında herhangi bir belirtinin bulunmadığı doyurucu bir dönem bulunmaktadır ve sorun daha sonra ortaya çıkmaktadır. Durumsal (kısmi) vajnismusta ise sorun belirli ortamlarda oluşurken, başka ortamlarda yaşanmaz. Eğer cinsel sorun, ortamdan bağımsız olarak ve her türlü cinsel aktivite sırasında ortaya çıkıyorsa yaygın (total) vajinismustan söz edilir.

DSM-IV-TR'deki vajinismus tanı ölçütlerinden B, C ve vajinismusun alt tipleri diğer tüm cinsel işlev bozuklukları için de geçerlidir. Bu açıdan vajinismus için tek ayırıcı tanı, cinsel birleşmeye engel olan vajinal kasılma ölçütüdür.

Tablo 2.1 Vajinismus ICD-10 tanı ölçütleri

ICD-10 Tanı Ölçütleri
A. Cinsel işlev bozukluğu için genel ölçütler karşılanmalı
B. Penis girişini engelleyecek ya da girişte zorluk yaratacak şekilde vajina etrafındaki kaslarda kasılma vardır. İşlev bozukluğu aşağıdakilerden biri şeklinde görülebilir.
1) Normal bir yanıt hiç yaşanmamıştır.
2) Vajinismus, görece normal yanıtın olduğu bir dönem sonrasında gelişmiştir.
a) Vajinal girişe yönelinmediğinde normal bir cinsel yanıt ortaya çıkabilir.
b) Cinsel yakınlaşma açısından herhangi bir girişim yaygın bir korku duyulmasına ve vajinal girişi engellemeye yönelik çabalar göstermeye neden olur.

Hastalıkların Uluslar Arası İstatistiksel Sınıflandırması'nda (ICD-10) (1992) vajinismus "kadın cinsel organlarıyla ve menstrüasyon döngüsüyle ilişkili bir ağrı bozukluğu" veya "organik bir bozukluk veya hastalık tarafından ortaya çıkartılmamış bir cinsel işlev bozukluğu" olarak sınıflandırılmıştır. Birinci kategoride vajinismusun organik nedeni verilmemiştir; vajinismus yalnızca listelenmiş ancak tanımlanmamıştır. İkinci kategoride ise bozukluk "vajina etrafındaki pelvis tabanı kaslarının vajinal açılışın tıkanmasına neden olan spazmıdır. Penisin girişi imkânsız ya da acılıdır" şeklinde tanımlanmıştır. İkinci kategoride "psikojenik vajinismus" da listelenmiş ancak ikinci kategori tanımlanmamıştır. Tanıda ağrının rolü belirsizdir; ancak organik vajinismus bir "ağrı bozukluğu" olarak kategorize edilmiştir. Varsayılan ağrının tanısal bir gereklilik olarak var olup olmadığı ise net değildir (Reissing 1999)

2.1.2.1. Ayırıcı Tanı

İnsandaki cinsel yanıt süreci, birbiriyle bağlantılı ancak anatomik ve nörofizyolojik açıdan birbirlerinden önemli ölçülerde ayrılan istek, uyarılma, orgazm ve çözülme olmak üzere dört evreden oluşur:

İstek: Cinsel döngünün en önemli evresidir. Diğer evrelerden farklı olarak doğrudan fiziksel uyarılmaya ihtiyaç duymaz. İnsanın psikososyal özelliklerinden etkilenir. Diğer evreleri doğrudan ya da dolaylı olarak etkiler.

Uyarılma: Bedensel ya da psikojenik herhangi bir uyarılma sonucu ortaya çıkabilir. Verilen uyarı kişinin gereksinimini karşılayacak boyutta ise tepkinin yoğunluğu artış gösterir. Uyarılmanın kadında ilk belirtisi ıslanma ve cinsel organda kabarma, erkekte uyarılmanın ilk belirtisi ereksiyondur. Uzun süren bir evredir. Masters ve Johnson'un tarif ettiği plato evresi uyarılma evresinin orgazm öncesi dönemidir.

Orgazm: Alınan haz açısından en yoğun ancak süre olarak en kısa evredir. 0.8 milisaniyelik 3-4 ritmik sonrasında düzensiz kasılmaların izlediği haz içeren bir durumdur. Erkekte ejekülasyon, kadında ise perine ve vajina kaslarında ritmik kasılma ile karakterizedir. Orgazm, kadınlarda özellikle klitoral bölge ve vajina da erkekler de ise penis, prostat ve testislerde yoğunluk kazanır.

Çözülme: Kadınlar cinsel uyaranla yeniden karşılaştıklarında yeniden başka bir cinsel yanıt döngüsüne girme potansiyeline sahiptirler. Erkeklerde refrakter döneme girilir. Refrakter dönemin sonuna kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verip ereksiyon ya da orgazmları mümkün değildir. Cinsel eylemin sonlanması ile çözülme evresine girilir. Cinsel bölgelerde kan akımı normale döner. Otonom sistem parasempatik aktivasyonun daha ağırlıkta olduğu olağan sürece girer. Vajinismus bir cinsel işlev bozukluğu olmasına karşın cinsel uyarılmanın anlatılan bu aşamalarında çoğunlukla sorun yoktur.

Vajinismus: Kadının olmasını arzu ettiği halde; penis, parmak ve/veya başka bir objenin vajinaya girişine sürekli veya yineleyici bir biçimde izin verememe

sorunudur. Sıklıkla fobik kaçınma, istemsiz pelvis kas kasılmaları ve ağrı beklentisi/ korkusu/deneyimi vardır (Bancroft ve Tyrer 1982).

Disparoni: Vajinaya tam giriş veya giriş girişimi ve/veya penisin vajinaya penetrasyonu ile ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli ağrının olması. Her iki tanı için de yapısal bozukluklar ve diğer fiziksel anormallikler dışlanmalıdır.

Önde gelen iki sınıflandırma sistemleriyle ilgili benzerlik ve farklılıklar değerlendirildiğinde hem DSM hem de ICD tanı sisteminde disparoni tanısı için vajinismus tanısını dışlama koşulu olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle cinsel birleşmeyle ilişkili ağrı şikâyeti olan bir kişide vajinismus varsa öncelikli tanı vajinismus olarak kabul edilmektedir. Bu iki sınıflandırmanın diğer bir ortak özelliği ise her ikisi de tanımlamada, vajinal kaslardaki kasılma/spazm ve cinsel ilişkinin birleşme yönü üzerine odaklanırken, ağrı ve stres üzerinde durmamıştır (Nobre 2006). AFUD (Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu) sınıflandırması da benzer biçimde spazm temelli bir tanımlama önermiş ve ek olarak cinsel birleşme olmadan ortaya çıkan, ayrı bir cinsel ağrı kategorisi eklemiştir.

Sınıflandırma sistemlerinde iki ayrı bozukluk olarak yer almasına karşın, vestibuler ağrı ile vajinismus ayırıcı tanısının yapılması da zordur ve özgül olarak bu konuya odaklanmış az sayıda çalışma mevcuttur. Vulvar Vestibülit Sendromu (VVS) adını ilk olarak kullanan Friedrich'tir. Friedrich'e göre VVS üç temel belirti ile kendini gösterir:

a) Vajinaya girişte ve dokununca şiddetli ağrı

b) Vestibüle basınç uygulandığında ağrı

c) Çeşitli derecelerde vestibüler eriteme ait fiziksel bulgular (Friedrich 1987).

Vajinismus veya disparonisi olan 30 hastanın yapılandırılmış görüşme, fizik muayene ve hastaların doldurduğu ölçekler aracılığıyla değerlendirildiği bir çalışmada ne fizik muayenenin ne de görüşmenin vajinismusu disparoniden ayırt etmede yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır (Doğan 2008). Bir başka çalışmada dokunmayla vestibuler ağrı tanımlayan vajinismuslu hastalar eşleştirildikleri VVS

hastalarından ağrı ölçümüyle ayırt edilememiştir (Reissing 2004). Ter Kuilea ve arkadaşları da yaşam boyu vajinismuslu hastaların %69'unda vestibüler bölgede dokunmayla ağrı olduğunu bildirmişlerdir (Ter Kuile ve Van Lankveldb 2005). Başka bir çalışmada da ağrı ve vajinismus arasında güçlü bir ilişki olduğu ve %59 oranında birlikte görüldüğü saptanmıştır (Nobre 2006). Basson, yaşamboyu vajinismusu olan hastaların %42'sinin VVS tanı ölçütlerini karşıladığını bildirmiştir (Basson 1996). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise vajinismuslu hastalarda disparoni sıklığı %47.2 olarak bulunmuştur (Doğan 2008).

2.1.2.2. Tanı ve Sınıflandırmadaki Sorunlar

Vajinismusun tanımı neredeyse birkaç yüzyıldır değişmemesine karşın tanımların hemen hepsinde ortak olan *ağrı* ve *vajina* kaslarının spazmı ile ilgili yapılan araştırmalar tanım ve sınıflandırmanın tatmin edici olmadığını düşündürmektedir. Yukarıda ayırıcı tanı kısmında da üzerinde durulduğu gibi sınıflandırma sistemlerindeki tanı ölçütleri kullanıldığında farkı bozuklukların ayrımının yapılması güç olabilmektedir.

2.1.2.2.1. Vajinal Ağrı

Vajinal ağrı spazmla birlikte vajinismusun temel belirtisi gibi görünse de yapılan araştırmalar vajinismus tanısı alan kadınların yaklaşık %50'sinin ağrı bildirmediğini göstermektedir. Ayrıca ağrı olarak ifade edilen nahoş durumun tam ifadesinin örneğin bel ağrısı gibi bir ağrı olup olmadığı net değildir. Cinsel ağrı bozukluklarının DSM-IV'de diğer tüm "ağrı bozuklukları"nın dışında olması aslında cinsel etkinlik sırasında ortaya çıkan ağrının özel bir ağrı olduğu düşüncesinin bir yansımasıdır. Bu konuda Binik ve arkadaşları, vajinismus ve ağrılı cinsel ilişkiyle ilgili merkezi teorik sorularını şu şekilde ifade etmişlerdir "*ağrı mı cinsellikle ilgilidir yoksa cinsellik mi* ağrılıdır?" (Yitzchak 2002). Ağrının varsayılan vajinal kas spazmı haricindeki bir faktörden sonra mı geldiği (enfeksiyonlar gibi) yoksa kas

spazmının bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı henüz bilinmemektedir (Pukall ve Reissing 2000).

2.1.2.2.2. Vajina Çevresindeki Kas Spazmı

Çoğu nozolojinin merkezinde olmasına karşın vajina kaslarının spazmı çok az deneysel ilgiye mazhar olmuştur. Bu tartışmanın iki esas noktası, vajina kaslarındaki spazmın nasıl değerlendirildiği ve spazma karışan özgül kasların hangisi/hangileri olduğudur. Masters ve Johnson (1970) spazmın pelvik muayene ile tespit edilmesi gerektiğini ifade etse de birçok klinisyen bu uygulamanın tedavi sürecini bozacağını düşünerek danışanların kendi ifadelerine dayanır olmuştur. Bu uygulamanın sonucunda tanısal bir varlık ne tamamen doğrulanmış ne de doğrulanmamış olur. Diğer yandan kasılma olayına katılan kaslarla ilgili olarak vajinanın alt üçte birlik kısmındaki kaslar (Abrahams 1977) veya dış 1/3'ündeki kaslar (Fordney 1978, Van Lankveld 1995), vajina etrafında ve çevresindeki kaslar (Poinsard 1968), pelvis kasları (Fertel 1977, Van de Wiel 1990), perine kasları (Shortle ve Jewelewicz 1986), bulbokavernoz, levatör ani ve/veya pubokoksigeal kaslar (Lamont 1994, Steege 1984) suçlanmıştır. Ancak yazarlar ne bu sonuca nasıl ulaştıklarını bildirmişlerdir ne de bu tartışmalar doğrulanmıştır. Pukall ve arkadaşları (2000) pek çok jinekologun vajinismusta gerçek bir spazm gözlemlemediklerini ve bu tanıyı daha çok pelvis incelemesinin hastanın kaygısı yüzünden mümkün olmadığı koşullarda koyduklarını öne sürmüşlerdir. Yapılan bir çalışmada vajinismus tanısını en iyi öngören değişken, bu gruptaki kadınların jinekolojik muayeneleri sırasında gösterdikleri kaçınmacı ve savunmacı tutumları olmuştur (Reissing 2002). Rosenbaum, (2005) vajinismusun temel bileşeninin anksiyete olduğunu ileri sürmüş; jinekolojik muayene sırasında anksiyete ya da kaçınma davranışı göstermeyen kadınların vajinismus tanısı alamayacağını; klinik bulgulara göre (kas gerginliği, ağrı şikayeti gibi) olası tanıların vulvar vestibülit sendromu (VVS), pelvis ağrısı ya da disparoni olabileceğini savunmuştur. Reissing ve arkadaşları (2004) de pelvis muayenesi sırasında vajinismus grubundaki kadınların diğer cinsel ağrı tanı gruplarına oranla daha çok stres yaşantısı ve kaçınma davranışı gösterdiklerini, bu kadınların %73'ünün EMG

ölçümlerine katılmayı reddettiklerini gözlemlemişlerdir. Bu noktada önemli soru bu kaçınmanın bir neden mi yoksa sonuç mu olduğudur.

Ancak kaçınma ister neden ister sonuç olsun vajinismus sendromunu belirlemede vajinal ağrı veya spazmdan daha etkili gibidir. Zira ana ölçütler olarak anılan ağrı ve spazm nesnel olarak değerlendirilemezken kaçınma açıktır. Buna benzer şekilde bazı araştırıcılar vajinismusu "psikosomatik vajinal penetrasyon fobisi" olarak tanımlamışlardır (Shafik ve El-Sibai 2002).

2.1.3. Yaygınlık ve Sıklık

Kadın cinsel işlev bozukluklarından en fazla görüleni primer vajinismustur (Crowley 2006) ancak genel toplumdaki yaygınlığı bilinmemektedir (Spector 1990). Cinsel işlev bozukluğu kliniklerindeki yaygınlığı ise %5-17 arasında değişmektedir (Bancroft 1976, Renshaw 1988, Catalan 1990, Hirst 1996). Bunların yanı sıra bu tür yakınması olan kadınların tedaviye başvurmaktan çekindikleri, bu kişilere eksik tanı konulduğu ve gözden kaçırıldığı düşünülmektedir (Koehler 2002, Ter Kuilea 2007).

Vajinismusun, genel popülasyon içindeki oranının %3-13 arasında; kliniğe başvuran cinsel işlev bozuklukları arasında ise %21-48 arasında olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Ohl 2007).

Vajinismus, evlilik yaşamı içinde cinsel birleşmenin gerçekleşmesine engel olan durumlar içinde sık görülen nedenlerden biridir (Sungur 2000). Evliliğin başından beri cinsel birleşme sağlayamayan çiftlerle yapılan çalışmalarda; vajinismusun görülme sıklığı %8.4 (Badran 2006) ve %17 (Ghanem 2006) olarak saptanmıştır. Arjantin'de yapılan bir çalışmada ise bu tür evliliklerde, kadın cinsel işlev bozukluklarının oranı %64 ve kadın cinsel işlev bozuklukları arasında cinsel ağrı bozukluklarının oranı %73 olarak bildirilmiştir (Gindin ve Resnicoff 2002).

Klinik örneklem içinde vajinismusun görülme sıklığı Nobre ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında %25.5, İngiltere'deki bir çalışmada (Goldmeier ve Keane 1997) %25, bir diğer çalışmada ise (Roy 2004) %24.4 olarak bildirilmiştir.

Tahran'da bir aile planlama kliniğine başvuran ve yaşları 16-53 arasında değişen 300 evli kadından %8'inin vajinismus tanısı aldığı bildirilmiştir (Shokrollahi 1999).

Batıda yapılan çalışmalarda tüm kadın cinsel işlev bozuklukları içinde en sık rastlanılanın azalmış cinsel istek olarak ortaya çıkmasına karşın (Bachmann 2006, Bodenmann ve Ledermann 2006) Doğu ülkelerinde vajinismus ilk sıralarda yer almaktadır. Ülkemizde görülen tüm cinsel işlev bozuklukları arasında vajinismusun % 43-73 arasında değişen oranlarda ve ilk sırada yer aldığı görülmektedir (Sungur 1994, Tuğrul ve Kabakçı 1997).

2.1.4. Tedavi

Vajinismusta hangi tedavi yönteminin yararlı olduğuna dair yapılan kontrollü araştırmaların sayısı azdır. Tedavi sonuçlarına ilişkin çalışmaların çoğunda; örneklem sayısının bilinmemesi, değerlendirme ve tedavi sonuç ölçümlerinin yetersiz olması, izleme çalışmalarının hiç yapılmaması ya da yetersiz olması, sonuçların istatistiksel değerlendirme/analizlerinin ya hiç yapılmaması ya da sınırlı olması ve karşılaştırma gruplarının kullanılmaması dikkati çekmektedir (Reissing ve Binik 1999).

Bu çalışmaların en önemli sorunlarından birisi, başarılı vajinismus tedavisinin ölçütünü penisin vajinaya girmesi olarak görmesidir (Crowley ve Richardson 2006). Ancak, yayınlarda 24 vajinismus hastasının duyarsızlaştırma teknikleri ile %97 oranında cinsel birleşme gerçekleştirebildiklerini; ancak bu kadınlardan sadece %50'sinin cinsel birleşmeden doyum aldığını gösteren bulgular mevcuttur (Seo 2005). Ayrıca vajinismus tedavisinde çok önemli olmasına rağmen tedaviyi bırakma oranları araştırmacılar tarafından nadiren belirtilmiştir (Crowley ve Richardson 2006).

Temel vajinismus tedavi stratejisi Kaplan (1974) tarafından "inanılmayacak kadar basit" olarak nitelendirilerek şöyle özetlenmiştir: a) vajinal genişletme ve/veya vajinal egzersizler yoluyla kadını vajinal penetrasyona karşı duyarsızlaştırmak, vajinal kaslarda istemli kontrol geliştirmek ve böylelikle spazmı önlemek; b)

cinselliğin doğal, normal bir aktivite olduğuna yönelik bilgi ve inanışları arttırmak amacıyla kadını eğitmek; c) fobik unsurlar, olumsuz koşullanma, suçluluk duygusu, ağrı korkusu gibi bağlantılı psikolojik sorunları psiko-terapötik ya da cinsel terapi müdahaleleri yoluyla gidermek (Kaplan 1974).

Daha öncede söylendiği gibi vajinismusun nedenleri çok açık değildir. Vajinismus, penetrasyona karşı psikosomatik bir korku, içsel çatışmaların bir sembolü, diğer ağrı bozukluklarının bir belirtisi ya da tüm bunların bir kombinasyonu olabilir. Bu yüzden tedavi yöntemleri psikanalizden cerrahi operasyonlara kadar çok geniş bir alana yayılmıştır (Koehler 2002). Ancak şu an için en çok kullanılan tedaviler; Kaplan'ın önerdiği sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme ve genişletici kullanarak kas egzersizleri yapma tekniklerinden oluşan geleneksel, semptom-odaklı ve kısa süreli tedavilerdir (Crowley ve Richardson 2006).

2.1.4.1. Tıbbi Yöntemler

Yayınlarda en sık rastlanılan tıbbi tedavi yöntemi bulbospongiyoz kaslarının her ikisine de Botulinium toksini enjekte edilerek uygulanan tekniktir. Araştırma sonuçları; bu yöntem ile vajinismusun tedavi edilebildiğini ve ortalama 6 aylık izlem periyodunda belirtilerin tekrarlamadığını göstermiştir (Allen 2006, Maria 2005, Shafik ve El-Sibai 2000).

Sistematik duyarsızlaştırma beraberinde kullanılan Xylocaine (Lignocaine) jel ya da nitrogliserin merheminin lokal olarak uygulanmasının da vajinismus tedavisinde olumlu sonuçlar verdiğine dair yayınlar bulunmaktadır (Peleg 2001, Praharaj 2006).

Gevşeme egzersizlerine ek olarak diazepam gibi benzodizepinlerin de kullanıldığı bilinmektedir (Ramage 2003). Ancak antidepresan ve/veya trankilizan tedavi uygulamasının etkisiz olduğu, hatta yan etkileri nedeniyle kadının uyarılma ve orgazm işlevlerinde de bozulmaya neden olarak cinsel sorunun ağırlaşmasına yol açtığı söylenmektedir (Yetkin 1999).

Vajinismusun himen (kızlık zarı) ile ilgisi olmadığı halde bu kadınların çoğunun tedavi öykülerinde himenektomi (kızlık zarının cerrahi olarak çıkartılması) ve/veya genel anestezi altında eşle cinsel birleşme sağlanması deneyimi vardır. Vajinismus tanısı alan 32 kadınla yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık yarısına yakınının tedaviye başvurmadan önce himenektomi operasyonu geçirdiği ve sonuç alınamadığı saptanmıştır (Sungur 1994). Bu tür tedavi girişimlerinin etkisiz ve etik açıdan uygunsuz olduğu bilinmektedir (Yetkin 1999).

Vajinismus tanısı olan birçok kadın için jinekolojik muayene de ciddi bir kaçınma nedenidir. Bunun yanı sıra tıbbi tedaviyle iyileşmesi amaçlanan kas spazmı ve ağrı gibi belirtilerin niteliği hatta varlığı tartışma konusudur. Tüm bunlar düşünüldüğünde seçilmiş vakalar dışında tıbbi tedavilerin doğasının vajinismusa ne kadar uygun olduğu tartışma konusudur.

2.1.4.2. Cinsel Tedavi Yöntemleri

Araştırma istatistiklerine geriye doğru bakıldığında ilk etkili modeller Masters ve Johnson'dan gelmiştir (1970). Bu araştırma ekibi, çiftler için günlük psikolojik-eğitim tedavisiyle birlikte, eğitici pelvis incelemesi, çiftin yatak odasında 2 haftalık bir dönem boyunca giderek artan boyuttaki genişleticilerin günlük olarak kullanılması ödevlerini uyguladıkları bir tedavi modeli oluşturdular. Bu yöntemle %100'lük başarı bildirdiler.

Helen Singer Kaplan (1974) vajinismustaki fobi bileşenini vurguladı ve genişleticileri kullanmadan ve eşin katılımını sağlamadan sistematik duyarsızlaşma, bıktırma, hipnoz, tranklizanlar veya sedatifler kullandı. Daha derindeki çatışmalar için psikoterapi ekledi.

Vajinismusun davranışçı tedavisinde çeşitli büyüklükteki plastik, cam ya da metal çubukların (dilatör), eşin ya da kadının parmağının vajinaya yerleştirilerek, hem penetrasyon korkusunun hem de vajinal spazmın azaltılması amaçlanan tedavi tekniğinin, kegel egzersizi, sistematik duyarsızlaştırma, aşamalı kas gevşetme ya da

biofeedback yöntemleri ile birlikte kullanıldığında başarı oranı %90 olarak bildirilmiştir (Morris ve Mukhopadhyay 2006, Nancy ve Phillips 2000, Ramage 2003, Seo 2005, Shafik ve El-Sibai 2000, Smith ve Gillmer 1998). Yayınlarda bu plastik çubuklar yerine, vajinal genişletici olarak çeşitli büyüklükteki sebzelerin kullanıldığı bir vaka örneği de bulunmaktadır (Weiss 2001).

Vajinismusun bilişsel terapisi; bilişsel yeniden yapılandırma, eğitim, cinsel terapi ve ev ödevlerinden oluşur (Ter Kuilea 2007).

Vajinismusun davranışçı tedavisinde çeşitli büyüklükteki plastik, cam ya da metal çubukların (dilatör), eşin ya da kadının parmağının vajinaya yerleştirilerek, hem penetrasyon korkusunun hem de vajinal spazmın azaltılması amaçlanan tedavi tekniğinin, kegel egzersizi, sistematik duyarsızlaştırma, aşamalı kas gevşetme ya da biofeedback yöntemleri ile birlikte kullanıldığında başarı oranı %90 olarak bildirilmiştir (Morris ve Mukhopadhyay 2006, Nancy ve Phillips 2000, Ramage 2003, Seo 2005, Shafik ve El-Sibai 2000, Smith ve Gillmer 1998). Yayınlarda bu plastik çubuklar yerine, vajinal genişletici olarak çeşitli büyüklükteki sebzelerin kullanıldığı bir vaka örneği de bulunmaktadır (Weiss 2001).

Vajinismusun bilişsel terapisi; bilişsel yeniden yapılandırma, eğitim, cinsel terapi ve ev ödevlerinden oluşur (Ter Kuilea 2007).

Ter Kuilea ve arkadaşları (2007), vajinismusun tedavisinde semptom-odaklı tedavilerin değil de birey-odaklı tedavilerin daha yaralı; duygusal yakınlık yaşantısının ise tatmin edici bir cinsel yaşam için cinsel birleşmeden daha önemli olduğunu vurgulamışlardır. Heiman (2002) ise vajinismus tedavisinde psikolojik müdahalelerin yetersiz olduğunu; psikoterapötik müdahalelerin yalnızca hafif vajinismus vakalarında işe yarayabileceğini öne sürmüştür. Benzer şekilde pek çok yazar; bireysel terapilerin uzun, pahalı ve bazı vakalar için yararsız olduğunu ve davranışsal – tıbbi tekniklerde (dilatörlerin kullanılması, maruz bırakma, aşamalı kas gevşetme gibi) yarar sağlanamadığı takdirde hastaların bireysel ya da cinsel terapilere yönlendirilmeleri gerektiğini söylemektedir (Nancy ve Phillips 2000, Shafik ve El-Sibai 2000).

Tulla ve arkadaşları (2006) kliniklerinde bilişsel – davranışçı cinsel terapi ile tedavi edilen 200'ün üzerinde vajinismus vakası olduğunu bildirmiştir.

Hawton ve Catalan (1990) ise 30 vajinismus tanısı almış kadın ve eşine aşamalı maruz bırakma tekniği içeren cinsel terapi uygulamış, 24 çift 3 ayın sonunda cinsel ilişkiye girebilmiştir.

Ter Kuilea ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada; cinsel eğitim, gevşeme egzersizleri, aşamalı maruz bırakma, bilişsel terapi ve duyumsal odaklanma egzersizlerini içeren tedavi programına alınan vajinismus tanısı almış 81 kadın; 3 aylık tedavinin hemen ardından, 6. ve 12. ayda yapılan izlem görüşmelerinde tedavi başarı oranının sırasıyla %18, %27 ve %28 olduğu saptanmıştır. Ek olarak bu araştırmada tedaviye yanıt verenler ve vermeyenler arasında tedavi öncesindeki psikolojik/fizyolojik, evlilik uyumu gibi ölçümler açısından herhangi bir fark saptanmamıştır.

Kadınların kendi kendilerine genişletici kullanması, daha sonra eşlerinin parmakları yardımıyla yapılan egzersizler, pubokoksijeal kasların gevşetilmesi, Xylocaine (Lignocaine) jelin lokal olarak uygulanması, oral analjezikler, penetrasyondan önce gevşeme, sistematik duyarsızlaştırma aracılığıyla fobik bileşenin tedavi edilmesi ve ev ödevlerinden oluşan bir tedavi seti uygulanan 120 vajinismus tanısı almış kadından 100 tanesinin 3 ve 12 aylık takipler süresince orgazm yaşayarak cinsel ilişkiye girebildiği saptanmıştır (Jeng 2006).

Kabakçı ve Batur (2003) Hacettepe Üniversitesi psikiyatri kliniğine başvuran 28 vajinismus tanısı almış kadın ve eşine 6 ay süreyle bilişsel – davranışçı terapi uygulamıştır. Çiftlerden 14'ü ilk seanslarda terapiyi bırakmış, geri kalan 14 çift tedaviyi başarıyla sonuçlandırmıştır. Tedaviyi bırakan ve tamamlayan çiftler arasında başlangıç ölçümleri (anksiyete düzeyi, evlilik uyumu..vs) açısından bir fark bulunamamıştır. Tedaviyi tamamlayan kadınlarda anksiyete seviyesi azalırken, evlilik uyumu ve tüm cinsel işlevlerle ilgili değişkenler açısından gelişme gözlenirken, aynı gelişme erkek eşler için söz konusu olmamıştır. Bu bulgu Akpınar ve Saatçi'nin (2007) vajinismus nedeniyle cinsel ilişkiye girememiş bir çiftin tedavi sonrası ölçümleriyle paralellik göstermektedir.

Kabakçı ve Batur (2003) bu durumun Türk kültüründeki erkek cinsiyet rollerinin yapısından kaynaklandığını ve tedavinin temel hedeflerinden olan "çiftler arasındaki iletişim ve duyarlılığın artmasının", Türk kültüründeki erkek cinsiyet rollerinin yapısı için çok uygun olmadığını öne sürmüşlerdir. Batı kültürüne ait belirli inanç, tutum ve kültürel değerlerle oluşturulan terapinin kuramsal çerçevesinin zaman zaman doğu kültürleri için geçerli olmayabileceğini ve terapistlerin batı temelli terapileri uygularken daha dikkatli olmaları gerektiğini vurgulamışlardır.

2.1.4.3. Diğer Tedavi Yöntemleri

Ter Kuilea ve arkadaşları (2007); vajinismus tanısı almış 81 kadını cinsel terapiye ek olarak grup terapisi ve bibliyoterapi koşullarına atamış, tedavi oranı açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır. Grup terapisi ve bibliyoterapi yöntemlerinin vajinismus tedavisindeki etkililiğini gösteren başka araştırma bulguları da mevcuttur (Gehring ve Chan 2001, Van Lankveld ve Grotjohann 2001). Koehler (2002) organik kökeni olmayan vajinismusun tedavisinde, kadınların mantık dışı korkuları üzerinde EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) yönteminin etkili olduğunu ifade etmiştir. Son olarak; hipnoz ve ego yönelimli terapinin de vajinismus tedavisinde etkili sonuçlar verdiği bildirilmiştir (Lemke 2005).

2.1.5. Etiyoloji

Kanıtlanmış tek bir etiyolojik etmen yoktur. Etiyolojik çalışmalar genellikle sadece biyolojik ya da psikolojik predispozan faktörleri ele almıştır (Wijma 2000). Birçok araştırmacı vajinismusu psikofizyolojik bir sorun olarak tanımlamışlardır (Lamont 1978, Steege 1984, Kessler 1988, Van der Velde 2001). Masters ve Johnson'a göre ise vajinismus psikosomatik hastalıkların klasik bir örneğidir (Kaplan 1974).

Ülkemizde vajinismusun etiyolojik kökenleri ile ilgili yapılan bir araştırmada, sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında vajinismus tanısı alan kadınların aile ve yakın akrabalarında vajinismusa daha sık rastlandığı, kendilerini ve eşlerini cinsel bilgi düzeyi açısından daha yetersiz hissettikleri, daha çok duygusal onay ihtiyacı içinde oldukları ve hastalanma, zarar görme, beden bütünlüğünde bozulma gibi tipik korkular yaşadıkları gözlenmiştir (Bayrak 2006).

2.1.5.1. Fiziksel/Organik Nedenler

Hemen hemen tüm cinsel işlev bozukluklarında olduğu gibi vajinismusta da organik ve psikolojik etiyolojinin birbirinden bağımsız olması pek mümkün değil gibidir (Segraves 2001).

Vajinismusun olası organik nedenleri ile ilgili olarak; vajinal atrofi ve atrofiye bağlı adhezyonlar, vajinal operasyon veya intra-vajinal radyasyon, uterus prolapsusu, vulvar vestibülit sendromu (VVS), endometriyozis, enfeksiyonlar, vajinal lezyon ve tümörler, cinsel yoldan bulaşan hastalıklar ve pelvis kan basıncı anormallikleri sayılmaktadır (Reissing ve Khalifé 1999). Ancak bu sayılan nedenlerin klinikte görülen olgular göz önüne alındığında etiyolojiye olan katkıları sınırlı gözükmektedir.

Klinik deneyimler ***kısmi*** + ***ikincil vajinismus****un* daha çok kronik ağrı sendromunun bir belirtisi olarak ortaya çıktığını göstermekte ve cinsel ağrı beklentisinin, vajinal girişe engel olan artmış kas gerginliğiyle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (Binik ve Khalifé 2001, Ter Kuilea 2007).

Rosenbaum (2005), ağrının tanımının vajinusmusun organik kökenleri hakkında bilgi vereceğini söylemiştir. Eğer ağrının tanımı yapılırken; ağrılı yerine yakıcı; lokal yerine yaygın; tetiklenen yerine kendiliğinden oluşan şeklinde tarif ediliyorsa etiyolojide organik faktörler düşünülmelidir. Ek olarak; fiziksel incelemenin genel anestezi altında yapılmasının organik nedenlerin dışlanması açısından önemli olduğu da söylenmektedir (Shafik ve El-Sibai 2000).

2.1.5.2. Psikolojik Nedenler

Tanı ve tedavi tartışmalarında da açıkça görüldüğü gibi vajinismusun etiyolojisinde açık olmasa da psikolojik nedenlerin ön planda olduğu pek kuşku götürmez bir durumdur. Ancak vajinismusun psikolojik nedenleri iler dönük rastgele seçimli çalışmaların yokluğundan dolayı net belirlenebilmiş değildir. Araştırmalar vajinismusa eşlik eden tutarlı psikososyal faktörleri bulmada başarısız olmuştur. Bu istatistiksel kanıt eksikliğinin nedeni vajinismusun çeşitli sebeplerden ortaya çıkıyor olması olabilir (Reissing 1999).

Psikanaliz, vajinismusu erken çocuklukta yaşanan giderilememiş pre-ödipal ya da ödipal çatışmaların sebep olduğu bir konversiyon bozukluğu; çözümlenmesi zor, ciddi bir nevrotik tepki olarak kavramsallaştırmıştır (Coppini 1999). Freud'un ego psikolojisine göre; insan insana bağlanma ve iç-içelik yaşantısı olan cinsel haz, bilinçdışı ve haz ilkesine göre çalışan alt-benlikle (id) beslenmektedir. Alt benliğin bu hazza yönelik isteği, kimi insanlarda (psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, odipus/elektra kompleksi… gibi nedenlerle) ego tarafından bir zorlanma, bir tehlike olarak algılanır ki bu da egonun sarsılmasına ve kişinin kaygı hissetmesine yol açar. Kişi bu kaygılı duruma düşmektense cinsel ketlenme yoluyla bu kaygıdan kurtulma yoluna gider; yani cinsel ketlenmeler bir savunma ve sığınma biçimi; kaygıdan kaçış yolu haline gelir. Freud'a göre; üst benliğin (süperego) dinden, ahlaktan, gelenek görenekten ve tüzel etkilerden gelen "yasaktır, ayıptır, günahtır" biçimindeki engellemeleri de bu kaygının oluşumunda bir diğer önemli faktör olarak ortaya çıkmaktadır (Özuğurlu 1991).

Kaplan (1974) ise vajinismus tanısı alan her kadının nevrotik olmadığını, bazılarının çok ciddi bir hastalığın kurbanı olduğunu vurgulamıştır. Kaplan'a göre belirti bir kere oluştuktan sonra bu durum, ilişkiden kaçınmaya sebep olan ağrıya karşı refleksif ya da fobik bir reaksiyon haline gelir ve sonuçta vajinal girişe karşı koşullu bir tepki oluşur. Klinik gözlemler vajinismus tanısı alan kadınların vajinismusa ikincil olarak gelişen yetersizlik duygularının da cinsel ilişkiden kaçınma davranışını arttırdığını göstermiştir.

Bergeron ve arkadaşları (2002), vajinismusu çeşitli nedenlerden dolayı cinsel ilişkiye hazır olmayan kadının bilinçdışı bir "itaat etmeme davranışı" ya da "cinsel rollerin dağılımına karşı üstü kapalı bir "protesto işareti" olarak tanımlamışlardır. Bazı yazarlar, vajinismusun bastırılmış lezbiyen eğilimler sonucu ortaya çıkabileceğini savunmuşlardır (Koehler 2002, Küçük ve Buzlu 2006).

2.1.5.2.1. Fobik Tepkiler / Korku

Vajinismus tanısı alan kadınlar; korkulan uyaranla karşılaşan fobik bireylerden pek de farklı değildir. Eğer bu doğru ise vajinismusun özgül bir fobi olabileceği akla gelmektedir. Klinik olarak korkulan uyarana maruz kaldığında (muayene sırasında) yaşanan anksiyete, bazı vakalarda panik ve ardından gelen kaçınma davranışı bu görüşü güçlendirmektedir (Reissing 2004). Vajinismusta, korkulan uyaran gerçek ya da beklenen ağrı yaşantısı olabileceği gibi şu an bilinmeyen bir kaynak da olabilir.

Vajinismusun davranışsal modelinde de; vajinal tepki, belirli (cinsel) bir uyarana koşullanmış korku tepkisini temsil eder. Korku ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik aşamalı maruz bırakma, gevşeme egzersizi gibi uygulamalardan sonra bu kadınların pek çoğunun cinsel ilişkiye girebilmesi, vajinismusun etiyolojisinde korku ve anksiyetenin önemli bir rolü olduğunun kanıtı niteliğindedir (Ter Kuilea 2007).

Vajinismus tanısı almış 77 kadınla yapılan bir çalışmada bu kadınlardan vajinal penetrasyona karşı %47'sinin korku, %10'unun iğrenme ve %13'ünün hem korku hem iğrenme yaşadığı saptanmıştır (Kaneko 2001).

Vajinismusun altında yatan en önemli nedenin ağrı korkusu olduğuna dair pek çok araştırma bulgusu vardır (Bayrak 2006, Hawton ve Catalan 1990, Oktay ve Tombul 2003, Ward ve Ogden 1994).

Oktay ve Tombul'un (2003) 200 vajinismus tanısı almış kadınla yaptıkları araştırmada, bu kadınların korkularının sırasıyla ağrı ve aşırı acı duyma korkusu (%57), aşırı kanama korkusu (%31), yırtılma/parçalanma korkusu (%18), penisin

içerde kalması/kilitlenme korkusu (%17), bayılma/ölme korkusu (%11) ve pislik/iğrenme duygusu (%9) olarak ortaya çıkmıştır. Bu araştırmadan elde edilen ilginç bir bulgu, hastaların sadece %18'inin ilk ilişkide aşırı acı hissi bildirmesine rağmen, %57'sinin ağrı ve acı duyma korkusu yaşadıklarını bildirmeleri olmuştur.

Bir başka araştırmada ise vajinismus grubu ile kontrol grubu arasında "hastalık ve yaralanma" fobi öbeği açısından anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Bu fobi öbeği; hastalıkla beden bütünlüğünün zarar görmesi, hastalık sonucu acı çekme ve ölüm korkularını içermektedir ve bu kadınlar için cinsel birleşmenin, beden bütünlüğünün bozulup zarar görmesi anlamına gelebileceğini düşündürmektedir. Aynı araştırmada; vajinismus tanısı alan kadınların diğer korku tiplerinin de ortak olduğu ortaya çıkmıştır. "Kapalı küçük odalar", "yüksek yerlerde bulunmak", "başkalarının mide bulantısını ya da kusmasını görmek", "kan görmek", "diş hekimine gitmek" korkuları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Bayrak 2006).

Yazarlar; "vajinanın penisi içine alamayacak kadar küçük olduğu ve vajinal giriş sırasında vajinal duvarların yırtılacağı", "vajinal girişin gerçekleşmesi halinde hastalık kapılacağı", "kirlenme" ve "hamile kalma" korkularının da vajinismusa özgü korkular olabileceğini öne sürmüşlerdir (Crowley 2006, Koehler 2002).

Eğer vajinismus için "vajinal penetrasyon fobisi" yaklaşımı doğru ise; o zaman psikoterapötik ve psikofarmakolojik müdahalelerin ağrı tedavisine ek olarak, vajinismusun korku/kaçınma bileşenine odaklanması gerekmektedir (Reissing ve Amsel 2004).

2.1.5.2.2. Fiziksel ve Cinsel Travmalar

Çocukluk cinsel istismarının yetişkin hayatta cinsel işlevler ve yakın ilişkilerde problemlere yol açtığı bilinmektedir. Cinsel travma yaşamış kadınların pek çoğu, güven duyma ve kendini açma gibi yakın ilişki alanlarında ve cinsel istekte

azalma, cinsel fobiler, vajinismus, cinsel uyarılma, orgazm güçlükleri gibi cinsel alanlarda problemler yaşamaktadır (Mills ve Turnbull 2004).

Koehler (2002) cinsel istismara uğramış kadınların vajinismus geliştirme oranlarının anlamlı bir yükselme göstermediğini dile getirirken; Ward ve Ogden'in (1994) çalışmasında vajinismus tanısı alan kadınlardan, bu sorunu hangi nedenlere atfettiklerini belirtmeleri istendiğinde, cinsel istismarı önem sıralamasında en sona koymuşlardır.

İlginç bir şekilde Basson'ın çalışmasında, vajinismuslu kadınlarda cinsel istismar oranı, genel toplum ortalamasından düşük çıkmıştır (Basson 1996).

Fiziksel istismar öyküsü vajinismusun olası etiyolojik bağlantıları arasında sayılmış olmakla birlikte daha pek çok çalışmanın bulgularında fiziksel istismar öyküsü ile vajinismus arasında önemli bir ilişki gözlenmediği belirtilmiştir (Bayrak 2006, Reissing 2002, Reissing ve Binik 2003). Ancak olgularda böylesi bir etiyolojik unsur var olduğunda bunun özellikle değerlendirilmesi gerekliliği vardır.

2.1.5.3. Sosyal/Kültürel Nedenler

Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür. Toplumsal davranışların belirlenmesinde kültürün baskın bir etkisi vardır.

Cinsel davranış ve inançlar da kültürel ve sosyal etkilere çok açık olduğundan cinsel işlev bozukluklarının yapısında da kültürün etkileri açık bir şekilde görülebilir (Ahmed ve Bhugra 2007).

Hem batı hem doğu kültürlerinde; kadın cinselliğinin bastırılması, penis ya da yabancı bir cismin girişine karşı vajinanın kapalı tutulması anlamına gelen bekârete uzun yıllar boyunca büyük önem verilmiştir. Hala bir "vajinismus kültüründe" yaşandığını vurgulayan Ng (1999) vajinismusun vajinal alıcılığın bastırılmasına karşı

bir tepki olabileceğini ve kültürel bir probleme bağlı tıbbi bozukluk olarak da sınıflandırılabileceğini söylemiştir.

Batıda evlilik öncesi bekârete verilen önemin azalması, çocuk yetiştirmede "aşırı müdahaleci ve bağımlı anne" modelinden giderek uzaklaşılması; vajinismusun doğu kültürlerine oranla daha az görülmesinin birer nedeni olarak görülmektedir (Hiller 2000).

Özellikle erkek-merkezli doğu kültürleri genç kızlara cinselliği, sadece üreme için gerçekleştirilen, eşin memnuniyeti ve tatmini için çok önemli bir olgu olarak sunar ve cinselliğin zevk veren bir aktivite olmadığını öğretirler (Ohl 2007). Cinsel eğitimsizlik, kadınların kendi cinsel organlarını tanımamaları, bekaret kavramına verilen abartılı önem, cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlaması ve genel cinsellik anlayışındaki tabular, vajinismusa doğu kültürlerinde daha sık rastlanılmasının nedenleri olarak görülmektedir (Yetkin 1999).

Bilindiği gibi geleneksel Türk ailelerinde, gelinin bakire olmasının ayrı bir önemi vardır; gelin bakireliğini kocasına ve onun ailesine ilk gece kanıtlamak zorundadır. Böyle bir gelenek, özellikle cinsellikle ilgili yeterli bilgi ve deneyimi olmayan çiftler için ilk cinsel ilişkide kaygıyı arttıran bir niteliğe sahiptir. Yine yaygın bir gelenek olarak, ilk geceden önce ailenin daha büyük bir kadın üyesi kendi ilk gece deneyimini geline anlatır. Klinik gözlemler paylaşılan bu bilginin genellikle cinsel birleşmenin kadında dayanılmaz bir acıya ve birkaç gün süren rahatsızlıklara yol açtığı gibi gerçekçi olmayan ve katastrofik bilgiler olduğu yönündedir. Bu tip bilgilerin cinsel işlev bozukluklarına yol açabileceği ya da cinsel problemleri daha da zorlaştırabileceği düşünülmektedir (Kabakçı ve Batur 2003).

2.1.5.3.1. Eğitim Eksikliği ve Cinsellikle İlgili Tutumlar

Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilenme sonucu oluşan önyargıların; cinselliğe ilişkin aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusuna ve dolayısıyla cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı

bilinmektedir (Özmen, 1999). Paralel olarak, cinselliğe karşı olumsuz tutumların ve cinsel bilgisizliğin vajinismusa da yol açtığı düşünülmektedir (Morris ve Mukhopadhyay 2006).

Vajinismus tanısı alan kadınların kendi durumlarının neden ve etkilerine dair kişisel açıklamaları, Ward ve Ogden (1994) tarafından değerlendirilmiş, vajinismus şikayeti olan 67 kişi ile önceden bu şikayeti olmuş 22 kişi, vajinismus nedenlerini değerlendirirken "cinselliğin yanlış olduğuna inandırılarak yetiştirilme" boyutunu ikinci sıraya koymuşlardır. Benzer şekilde Tahran'da vajinismus tanısının en çok cinsellik ile ilgili bilgi eksikliği/yanlış bilgilendirme ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (Shokrollahi ve Babaei 1999).

Bu şekilde cinsellikle ilgili bir dizi mit vajinismusun ortaya çıkışında ve sürmesinde katkıda bulunuyor olabilir.

2.2. Araştırmaya Konu Eşlik Eden Durumlar

Cinsel işlev bozukluğu etiyolojine yönelik yapılan çalışmalarda anksiyete ve cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir ilişkinin bulunması (Kaplan 1988) bu konuya verilen önemi artırmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları ile psikiyatrik bozukluklar arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Cinsel işlev bozuklukları altta yatan depresyon gibi bir psikiyatrik tablonun belirtisi olabileceği gibi, primer olarak ortaya çıkan bir cinsel işlev bozukluğu, kişide zamanla depresyona, anksiyete bozukluğuna, çeşitli uyum bozukluklarına ya da kişilerarası ilişkilerin bozulmasına yol açabilmektedir (Yetkin 1997). Cinsel bozukluklar kişinin yeteneklerini, yakın ilişkiler kurmasını, oluşturmasını etkileyebilir (Heiman 2002). Ayrıca cinsel işlev bozuklukları ile anksiyete bozuklukları gibi bazı psikiyatrik bozuklukların etiyolojik olarak benzer olduğu öne sürülmektedir (Kaplan 1988). Ancak hem genel olarak cinsel işlev bozuklukları hem de özgül olarak vajinismus ile psikiyatrik komorbidite hakkında çok az deneysel bilgi vardır (Bodinger 2002).

2.2.1. Depresif Belirtiler

Çeşitli cinsel işlev bozuklukları ile psikolojik belirti sıklığının (Belirti Kontrol Listesi) SCL-90 ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, kadın cinsel işlev bozuklukları içinde psikolojik problemlerin en sık vajinismus tanısı almış kadınlarda gözlendiği ortaya çıkmıştır (Bodenmann ve Ledermann 2006). Benzer olarak; cinsel işlev bozukluğu tanısı almış 126 kadın ile yapılan bir araştırmada; depresyon ve kendini aşağılama/küçümseme boyutlarında alınan puanların en yüksek olduğu grupların disparoni ve vajinismus olduğu saptanmıştır (Hartmann 2007). Vajinismusun etiyolojik bağlantılarına yönelik yapılan çalışmalarda vajinismus grubundaki kadınların VVS, disparoni ve sağlıklı kontrol gruplarına oranla cinsel açıdan daha az olumlu kendilik şemasına sahip oldukları saptanmıştır (Reissing 2002, Reissing ve Cohen 2003).

Bir başka araştırmada ise; disparoni ve vajinismus tanısı almış kadınların, kontrol grubundaki kadınlar ile karşılaştırıldığında psikopatoloji, cinsel ya da fiziksel istismar gibi değişkenler açısından herhangi bir farklılık göstermedikleri saptanmıştır (Coppini 1999).

2.2.2. Anksiyete Belirtileri

Bir süreklilik içinde zıt iki kutup olarak anksiyete kaçma, cinsel uyarılma ise yaklaşma davranışını tetikler. Özellikle psikoanalitik kurama göre cinsel uyarılar ve bu uyarılara karşı ortaya çıkan savunmalar, anksiyete bozukluklarının oluşumu ve sürdürülmesinden sorumlu tutulmuştur.

Figueira'ya göre cinsel işlev bozukluğu panik bozukluğu ve sosyal fobinin ihmal edilmiş bir komplikasyonudur (Figueira 2001).

Kaplan, travma sonrası stress bozukluğu ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir (Kaplan 1989). Ayrıca H.S. Kaplan (1988), cinsel aversiyonu olan ya da fobik cinsel kaçınmaları olan hastalarının yarısında panik bozukluğu saptamıştır.

Vajinismusun davranışsal modelinde de; vajinal tepki, belirli (cinsel) bir uyarana koşullanmış korku tepkisini temsil eder. Korku ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik aşamalı maruz bırakma, gevşeme egzersizi gibi uygulamalardan sonra bu kadınların pek çoğunun cinsel ilişkiye girebilmesi, vajinismusun etiyolojisinde korku ve anksiyetenin önemli bir rolü olduğunun kanıtı niteliğindedir (Ter Kuilea 2007).

2.2.3. Obsesif Kompülsif Belirtiler

Anksiyete'nin cinsel işlevlere olan etkisini obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) ve panik bozukluğu bulunan kadınlarda inceleyen kontrollü bir çalışmada OKB hastalarının genel değerlendirmede cinsel işlevlerinin kontrol grubu ve panik bozukluğu bulunan kadınlara göre daha fazla etkilendiği, cinsel doyumsuzluk düzeylerinin daha fazla olduğu bildirilmiş, panik bozukluğu grubuna benzer biçimde bu hastaların cinsel istekte azalma ve cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu saptanmıştır (Van Minnen 2000). Obsesif kompulsif bozukluğu bulunan kadın hastaların cinsel doyumlarını araştıran bir başka kontrollü çalışmada bu hastaların %62'sinde cinsel istek azlığı, %29'unda cinsel uyarılmada azalma saptanmış, bu hastaların %33'ünde orgazm evresi ile ilişkili sorunlar yaşadıkları bildirilmiş, %25'inin fizyolojik uyarılma işle ilgili sorunları olduğu, %10'unda ise cinsel ilişkide haz yoksunluğu tespit edilmiş, aynı çalışmada OKB hastalarının cinsel birlikteliklerden kaçınmakla birlikte cinsel ilişki sıklığında bir değişiklik göstermedikleri belirtilmiştir (Vulink 2006).

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı'nda yapılan bir çalışmada OKB olan kadın hastaların cinsel doyum ve işlev düzeyleri yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalarla karşılaştırılmıştır. OKB hastalarının cinsel olarak daha az uyarıldıkları, kaçınma düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu hastalarda anorgazminin daha sık gözlendiği sonucuna varılmıştır (Aksaray 2000).

Obsesif özellikleri ve belirtileri olan bireylerin kontrole yönelik tutumu, başarısızlık korkusu ile cinsellikten kaçınmayla sonuçlanabilir. Obsesif kompulsif semptomatolojinin de bireylerin evlilik ve cinsel yaşamlarında sorun oluşturabileceği

ve bu belirtilerin cinsel yakınlık kurulmasına engel teşkil edebileceği ifade edilmiştir (Hoover 1984).

Obsesif kompülsif bozukluk cinsel işleve birçok alanda karışsa da vajinismusla doğrudan ilişkisi olduğunu gösteren bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

2.2.4. Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçilik son 10 yılda üzerinde fazlasıyla çalışılan çok boyutlu bir kişilik özelliğidir. Missildine (1963) doyumsuzluk ve düşük benlik saygısının mükemmeliyetçiliği oluşturan öğeler olduğunu ileri sürmüştür. Mükemmeliyetçi kişinin çabaları, kendini yenilgiye uğratan türdendir: hiçbir şey hiçbir zaman "yeterince" iyi değildir ve bu yüzden de hiçbir zaman başarıya bağlı doyum yaşaması mümkün değildir. Kusursuz olma konusundaki kararlılığının kendisini başarıya, kabul görmeye, sevgiye ve doyuma ulaştıracağı beklentisindedir. Kendine ilişkin kuşkuları, onaylanmama, kötü görünme ve reddedilmeye dair korkuları vardır (Missildine1963).

Mükemmeliyetçilik, kişinin anlayış, amaç ve beklentilerinde olabilecek en eksiksiz durumu benimsemesidir. Bir belirti veya hastalıktan ziyade bazı psikiyatrik bozukluklar (depresyon, obsesif kompülsif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu) ve ilişki sorunlarına zemin hazırlayan yapısal bir özellik ya da bilişsel anlamda bir şemaya denk gelir.

Karen Horney'e göre (1996) olması gerekenler diktatörlüğü demek olan mükemmeliyetçilik Adler'e göre yaşamın sürdürülmesi için vazgeçilmezdir (Adler 1956).

Bazı araştırmacılar mükemmeliyetçiliği çok boyutlu olarak ele almışlar, fakat mükemmeliyetçiliğe olumsuz bakış açısını devam ettirmişlerdir. Hewitt ve Flett (1991) mükemmeliyetçiliğin kişisel standartlarla ilgili bir özellik olduğunu ifade etmişlerdir.

Hewitt ve Flett geliştirdikleri ölçekte mükemmeliyetçiliği patolojik bir olgu olarak ele almış ve mükemmeliyetçiliği, "kendine yönelik", "başkalarına yönelik" ve "toplumsal beklentiye dayalı" olmak üzere üç boyutta tanımlamışlardır. Kendine yönelik mükemmeliyetçilik, kişinin kendisi için gerçekçi olmayan ve ulaşılması imkânsız boyutta standartlar belirleme eğilimidir. Bu standartlar kişinin kendisine yöneliktir ve buna kişisel eleştiri ve kendi hatalarını kabul etmeme eşlik eder. Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik, bireyin başkaları için belirlediği gerçekçi olmayan standartlara uymasını beklemesidir. Toplumsal beklentiye dayalı mükemmeliyetçilik ise bireyin, insanların kendisinden imkânsız şeyler beklendiği şeklinde bir inanca sahip olma eğilimidir. Dahası başkaları tarafından onaylanmak için bu standartlara ulaşmak zorunda olduklarını düşünürler.

Günümüzde birçok araştırmacı ise mükemmeliyetçiliğin ne sadece olumlu, ne de sadece olumsuz bir özellik olduğunu ve mükemmeliyetçiliğin olumlu ve olumsuz iki yönünün de olduğunu ifade etmektedirler. Örneğin, Hamachek (1978), mükemmeliyetçiliği açıkladığı yaklaşımında, normal ve nevrotik mükemmeliyetçilik olmak üzere iki boyuttan söz etmektedir. Normal mükemmeliyetçiler, yüksek kişisel standartlara sahiptir ve mevcut durumun gereklerine göre esnek bir tavır uygulayabilirler. Belirledikleri yüksek standartlara tam ulaşamasalar da bundan doyum sağlayabilirler. Nevrotik mükemmeliyetçiler ise yüksek kaygı ve başarısızlık korkusuna sahiptirler. Onlar çabalarından zevk almazlar çünkü hiçbir şeyin yeterince iyi olmadığını düşünürler. Eğer bireyde kendinden kuşku ve güven eksikliği oluşursa, mutlu olmak sadece dışsal nedenlere bağlanmışsa, bu olumsuz mükemmeliyetçiliktir ve acı verici olur (Hamachek 1978).

Slaney ve Ashby'ye (2001) göre mükemmeliyetçiliğin olumlu ya da olumsuz olması onun uyumsal olup olmamasına bağlıdır. Geliştirdikleri ölçekte düzen ve standartlar olmak üzere iki faktörü uyumlu mükemmeliyetçilik boyutu, çelişki faktörünü ise uyumsuz mükemmeliyetçilik boyutu olarak ele almışlardır. Düzen faktörü, bireyin düzen ihtiyacını ve organizasyon düzeyini, standartlar faktörü, bireyin kendisiyle ilgili belirlediği standart ve beklenti düzeylerini ifade etmektedir. Uyumsuz boyutu oluşturan çelişki faktörü ise bireyin performansıyla beklentileri arasındaki uyumsuzluk ve bu uyumsuzluk durumunun oluşturduğu rahatsızlık

düzeyini ifade etmektedir. Ancak olumlu olarak değerlendirilen ilk iki boyut da nicelik olarak fazla olduğunda kişilerin uyumunu bozacağı açıktır.

Mükemmeliyetçi kişiler şu davranış özelliklerini gösterme eğilimindedirler:

- Aşırıya kaçmak: Mükemmeliyetçilikte kaygı ya da kişinin performans standartlarına ulaşamama ihtimaline karşı duyduğu rahatsızlık görüldüğünden mükemmeliyetçi insanlar genellikle davranışlarında aşırıya kaçarlar. Aşırıya kaçmak; bir davranışı hata olmayacağından emin olana kadar tekrarlamaktır.

- Aşırı kontrol etme ve teminat arayışı: Mükemmeliyetçiler, işleri düzgün yaptıklarından emin olmak isterler. Bu nedenle doğru yapıp yapmadıklarını sıklıkla kontrol ederler ve beklenilen standarda ulaşıp ulaşmadıkları hakkında sürekli teminat ararlar.

- Aşırı düzenleme ve liste yapma: Mükemmeliyetçiler, yapılacaklar listesi ya da eşyalar belli bir düzene göre dizme gibi detaylarla çok meşgul olurlar. Belli bir seviyede düzenleme yapmak faydalı olmasına rağmen aşırı düzenleme işini bitirmesine engel olabilir.

- Karar verme güçlüğü: Mükemmeliyetçiler genellikle karar vermede güçlük yaşarlar. Çeşitli alternatiflerle karşılaşan mükemmeliyetçi bireyler genellikle telafisi mümkün olmayan hatalar yapmaktan korkarlar ve karar vermekte zorlanırlar.

- Erteleme: Mükemmeliyetçiler, bir işe başlamayarak işi mükemmelin altında yapma olasılığından kurtulmuş olacaktır.

- Yetki verememe: Mükemmeliyetçi birey karşısındakinin işi mükemmel yapacağına güvenemediğinden işbirliği yapamaz, başkasına yetki veremez, bütün işi tek başına yapmaya çalışır.

- Çok çabuk pes etmek: Mükemmeliyetçi bireyler belli bir amaca ya da hedefe ulaşamayacakları endişesiyle denemekten vazgeçerler.

Birçok çalışma, depresif belirtilerle mükemmeliyetçilik arasında ilişki tespit etmiştir (Hill 1997, Lynd-Stevenson ve Hearne 1999).

Amacımız, uzunlamasına yapılmış bu çalışmayla cinsel doyum, depresyon ve anksiyete belirtileri, mükemmeliyetçilik ve obsesif kompülsif belirtilerin düzeylerine bakmak, bu belirtilerin tedaviyi tamamlayanlarla tamamlamayanlar arasında farklılık gösterip göstermediğini incelemek, ayrıca bu belirtilerin tedavi süreci ile değişimini izlemektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Örneklemi

Çalışmanın örneklemi Aralık 2008 Temmuz 2009 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı polikliniğine doğrudan başvuran veya diğer bölümler tarafından yönlendirilen hastalar ve eşlerinden oluşmaktadır.

Çalışmaya dâhil edilmek için aşağıdaki ölçütler esas alınmıştır:

1. 18-45 yaş aralığında olmak
2. En az ilkokul mezunu olmak
3. Yineleyici ve yaşam boyu vajinismus tanısı almış olmak (psikiyatrik muayene ile)
4. Çok ciddi evlilik problemi olmamak
5. Bilişsel davranışçı tedaviye engel olacak başka bir psikopatolojisi veya bedensel bir özrü olmamak.
6. Erkekte belirgin cinsel işlev bozukluğu olmaması
7. Bilişsel davranışçı tedavi yöntemlerini uygulamayı kabul etmiş olmak. Bilişsel davranışçı tedavi yöntemlerini uygulamayı kabul etmiş olmak.

Bu süre içinde araştırıcıya toplam 20 çift yönlendirilmiş bunlardan 3'ü çalışmaya uygunluk şartlarını karşılamadığından çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kişilerin sosyo-demografik özelliklerini, cinsel yaşamlarıyla ilgili bilgileri ve cinsellikle ilgili algılarını değerlendirmek amacıyla Kişisel Bilgi

Formu, depresyon düzeylerini değerlendirmek için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), anksiyete belirtilerinin düzeyin değerlendirmek için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), obsesif kompülsif belirtilerin düzeyini değerlendirmek için Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi, cinsel işlev ve doyum düzeyinin değerlendirilmesi için Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve mükemmeliyetçilik düzeylerini değerlendirmek için Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği uygulanmıştır. Sayılan ölçeklerden ikisi (HAM-D ve HAM-A) hekimin uyguladığı ölçekler diğerleri ise kişinin kendi bildirimi ölçeklerdir. Bu ölçekler çalışmaya alınan ve tedaviyi tamamlayan vaginismus hastalarının hepsine, eşlerine ise yalnızca Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Kişisel bilgi formu (sosyodemografik ve klinik veri formu) katılımcıların sosyo-demografik bilgilerinin yanı sıra, ilk cinsel deneyimlerini, eşleriyle olan cinsel yaşamlarını, cinsel birleşme, orgazm gibi konulardaki algı ve deneyimlerini incelemek üzere hazırlanmıştır. Katılımcılar tarafından doldurulan ve toplam 40 sorudan oluşan bu anket formundaki sorulardan bazıları açık uçlu, bazıları evet/hayır şeklinde, bazıları ise katılımcıların cevaplardan bir ya da birkaç tanesini seçerek yanıtlayabileceği şekilde hazırlanmıştır (Bkz. Ek1).

3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Depresyon düzeyini ve şiddetini ölçmede kullanılan bir ölçektir. 17 madde bulunmaktadır. 0 ile 4 arasında puanlar alınır, en yüksek puan 53'dür. Hamilton tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Akdemir 1996).

3.2.3. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

Deneklerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılır. Hamilton tarafından geliştirilmiş ve Yazıcı ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin 1, 2, 3, 5 ve 6. soruları psişik anksiyete, diğer maddeleriyse somatik anksiyete alt ölçeğini oluşturur. Her madde 0-4 arasında puanlanır, toplam puan 0-56 arasında değişmektedir (Yazıcı 1997).

3.2.4. Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi

Deneklerde obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Sağlıklı denekler ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilir. Toplam 4 alt ölçek ve 37 madde içermektedir. Hodgson ve arkadaşları (1977) tarafından geliştirilmiştir. Neşe Erol ve Işık Savaşır tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Doğru/yanlış türü yanıtlama ile ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin orijinali 30 maddeden oluşmaktadır ve Türkçe formunun çalışmasında (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) MMPI'dan 7 madde eklenmiştir. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

Alt ölçeklerden;

Kontrol etme alt ölçeği: 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26 ve 28. maddeleri;

Temizlik alt ölçeği: 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26 ve 27. maddeleri;

Yavaşlık alt ölçeği: 2, 4, 8, 16, 23, 25 ve 29. maddeleri ve

Kuşku alt ölçeği: 3, 7, 10, 11, 12, 18 ve 30, maddeleri içerir. Doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puandır. Toplam her maddenin puanı toplanarak elde edilir. En yüksek puan 37'dir. Ölçeğin Türkçe formuna ruminasyon alt ölçeği eklenmiştir ve 2, 8, 31-37. maddelerden oluşmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır (Erol ve Savaşır 1988).

3.2.5. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

45 maddeden oluşan 1-7 arasında puanlanan (1=hiç katılmıyorum, 7=tamamen katılıyorum) kendini değerlendirme ölçeğidir. Üç alt-ölçeği bulunmaktadır; kendine yönelik mükemmeliyetçilik (self oriented perfectionism), başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik (others oriented perfectionism) ve toplumsal beklentiye dayalı mükemmeliyetçilik (socially prescribed perfectionism) (Hewitt ve Flett 1989, 1991).

3.2.6. Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Rust ve Golombok tarafından geliştirilen ölçeğin, 28 maddeden oluşan kadın ve erkek formları vardır. Ölçek, cinsel işlevleri ve cinsel fonksiyon bozukluklarını sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmi (erkekte erken boşalma ve erektil disfonksiyon) olmak üzere 7 alanda inceler. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ila 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmektedir. Ölçeğin sağlıklı sağlıksız sınırını belirleyen klinik düzey puanı 5 olarak belirlenmiştir. Buna göre gerekli dönüştürmelerden sonra 5 ve üzeri puanlar sağlıksız olarak yorumlanmakta ve o alt boyutta problem olduğuna işaret etmektedir. 5 puanın altındakiler ise sağlıklı sınırında yer almaktadır (Tuğrul 1993).

3.3. Ölçeklerin Uygulanması ve Tedavi

Çalışma için uygun olan çiftlerin seçilmesi için araştırıcıya yönlendirilen hastalar ve eşleriyle bir değerlendirme görüşmesi yapılmıştır. Değerlendirme görüşmesinde tanı yanı sıra, hasta ve eşlerinin tedaviye, dolayısıyla çalışmaya uygunlukları değerlendirilmiştir. Tedaviye katılan hastalardan çalışmaya girmeyi reddeden olmamıştır.

Çalışmaya dahil edilen çiftlere, ilk görüşmede vajinismus ve cinsellik hakkında genel bilgilendirme yapılarak bilişsel davranışçı yöntem uygulamaları

hakkında bilgi verilmiştir. Sonrasında hasta ve eşlerinden bilgilendirmeli onam formu alınarak haftalık tedavi programı başlanmıştır. Tedavide, sistematik duyarsızlaştırma, kademeli vajinal genişletme, kademeli olarak kontrolü eşe verme gibi klasik davranışçı teknikler yanı sıra bilgilendirme ve bilişsel yeniden yapılandırma müdahalesinde bulunulmuştur. Tedavinin başladığı ilk seansta ve vajinal penetrasyonun gerçekleştiği ilk seansta olmak üzere vaginismus hastalarına kişisel bilgi formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi, Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği uygulanmıştır. Eşlerine ise kişisel bilgi formunun yanı sıra Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel analiz ile değerlendirilmiştir.

3.4. İstatistiksel Analizler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada vajinismus tanısı almış kadınların depresyon, anksiyete, obsesif kompülsif belirtileri, mükemmeliyetçilik düzeyleri ve cinsel işlevleri ile bu kadınların eşlerinin cinsel işlev düzeylerinin tedavi öncesi ve sonrası durumları Wilcoxon Signed Ranks Test kullanılarak değerlendirilmiştir. Tedaviyi tamamlamayan çiftlerle ölçek puanları Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Ölçeklerdeki parametreler ve sosyodemografik parametrelerin birbirleriyle korelasyonunda Spearman korelasyon yöntemine başvurulmuştur. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmanın Örneklemi

Çalışma için araştırmacıya 20 çift yönlendirilmiş, bu çiftlerden 17'si çalışmaya dahil edilmeye uygun olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan 17 hastadan 12'si tedavi/çalışmayı tamamlamış 5'i ise çeşitli nedenlerle tedaviden ayrılmıştır. İstatistiklere 17 hastanın verileri dâhil edilmiştir.

4.1.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması 25,58 (SS±5,89), erkeklerin yaş ortalaması 27,58 (SS±3,55) idi. Kadınların %64,7'si (11'i) ev hanımıydı. Kadınların eğitim sürelerinin ortalamaları 10,41 (SS±2,78) erkeklerinki ise 11,05 (SS±2,72) idi. Katılanların %76,5'inin evlilik süresi 1 yıldan kısa, %23,5'ininki 1-5 yıl arasındaydı. Bu çiftlerden yalnızca 1 tanesi ailelerinin kararıyla evlenmişti (%5,9) diğer 16 çiftin ise yarısı tanışarak, diğer yarısı ise kendilerinin ve ailelerinin ortak kararıyla evlendiklerini bildirdi (%47). "Eşinizle nasıl geçiniyorsunuz sorusuna" çiftlerin %70,6 (12 kişi) iyi, %17'si (3 kişi) çok iyi geçindiklerini ifade ederken bir çift (%5,9) orta düzeyde geçindiğini, bir çift geçinemediğini bildirdi. Çalışmaya katılan kadınların %70,6'sı (12'si) evlenmeden önce yeterli cinsel bilgileri olmadığını bildirirken, erkeklerin %82,4'ü (14 kişi) yeterli cinsel bilgisinin olduğunu bildirdi. Katılımcılara "cinsellik denince ilk akıllarına gelenin ne olduğu" soruldu; bu soruya kadınların %5,9'u "zevk", %11,8'i "acı-ağrı", %17,6'sı "acı-ağrı" ve "gereklilik", %35,3'ü "acı-ağrı" ve "korku", %29,4'ü "acı-ağrı" ve "zevk" diye yanıt verdi. Erkeklerin ise %94'ü bu soruya "zevk" yanıtını, %5,9'u (bir kişi) "gereklilik" yanıtını verdi. Çalışmaya katılan çiftlere "evlilik öncesindeki cinsel deneyimleri" sorulduğunda kadınların bir tanesi (anal) cinsel birleşme bildirirken, %52,9'u "birleşme olmaksızın sevişme" %17'si "yalnızca öpüşme" deneyimi olduğunu bildirdi. Aynı soruya erkeklerin %47,1'i "cinsel birleşme olmadan sevişme", %29'u

"cinsel birleşme", %4,5'i de "yalnızca öpüşme" yanıtı verdi. Hem kadın hem de erkeklerin %70,6'sı "sizce ilk gece cinsel ilişki mutlaka olmalı mıdır?" sorusuna hayır yanıtı verirken evlilik öncesi bekaret tüm çiftler için önemliydi. Çiftlere "ilk gece yaşadıkları cinsel deneyim" sorulduğunda %70,6'sı ilk gece cinsel girişim olmadığını, %29,4'ü ise cinsel ilişkiye başladıklarını ancak ağrı, acı gibi nedenlerle ilişkiye devam etmediklerini bildirdi. Bu değerlendirmedeki ilginç bulgulardan biri de vajinismus hastalarının ilk başvurdukları merkezin %58.8 oranında kadın hastalıkları ve doğum kliniği, %29,4 oranında psikiyatri, %11,8 oranında ise üroloji kliniği olması olarak belirlendi.

4.2. Belirti Düzeyleri

4.2.1. Depresyon belirtileri, Anksiyete belirtileri, Obsesif Kompülsif Belirtiler ve Mükemmeliyetçilik Düzeyleri

Depresyon ve anksiyete belirtileri, obsesif kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeyleri bu çalışmada üç amaçla değerlendirilmiştir.

1. Çalışma örnekleminde bu belirtilerin ortalaması.
2. Çalışmayı tamamlayanlarla tamamlamayanlar arasında bu belirtiler açısından farklılık olup olmadığı.
3. Çalışmayı tamamlayanlarda bu belirtilerin düzeylerindeki değişim

4.2.1.1. Çalışma örnekleminde depresyon, anksiyete ve obsesif-kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeyleri

Çalışmaya katılan kadınların Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) puanları ortalama 11,29 (SS±6,23), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) puanları 20,88 (SS±8,63), Maudsley Obsesif Kompülsif soru listesi puanları toplamda ortalama 17,94'dür (SS±7,07). MOKSL alt ölçeklerine gelince; temizlik alt ölçeği ortalama 4,58 (SS±1,73), kontrol alt ölçeği ortalama 3,35 (SS±2,26), yavaşlık alt ölçeği ortalama 3,17 (SS±1,87), kuşku alt-ölçeği ortalama 4,11 (SS±1,49) ve ruminasyon alt ölçeği 5,29'dur (SS±2,66). Çok Boyutlu

Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ) toplam puanları ise ortalama 183,23'tür (SS±44,03). ÇBMÖ'nün kendine yönelik mükemmeliyetçilik alt-ölçeği puanları ortalama 68,11 (SS±19,06), başkasına yönelik mükemmeliyetçilik alt ölçeği puanları ortalama 59,58 (SS±13,40), topluma yönelik mükemmeliyetçilik alt ölçeği puanları ortalama 57,88'dir (SS±16,33). Bu veriler tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Çalışma örneklemindeki kadınlarda depresyon, anksiyete ve obsesif kompülsif belirtilerin düzeyleri ve mükemmeliyetçilik düzeyi

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
HAM-D	17	0,00	21,00	11,29	6,23
HAM-A	17	2,00	34,00	20,88	8,63
MOKSL-Top	17	7,00	31,00	17,94	7,07
MOKSL-Tem	17	2,00	8,00	4,58	1,73
MOKSL-Kont	17	0,00	8,00	3,35	2,26
MOKSL-Yav	17	1,00	8,00	3,17	1,87
MOKSL-Kus	17	2,00	7,00	4,11	1,49
MOKSL-Rum	17	0,00	9,00	5,29	2,66
ÇBMÖ-Toplam	17	104,00	259,00	183,23	44,03
ÇBMÖ-Ken	17	33,00	100,00	68,11	19,06
ÇBMÖ-Baş	17	27,00	85,00	59,58	13,40
ÇBMÖ-Top	17	40,00	95,00	57,88	16,13

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, MOKSL: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi, MOKSL-Tem: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Temizlik Alt Ölçeği, MOKSL-Kont: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Kontrol Alt-Ölçeği, MOKSL-Yav: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Yavaşlık Alt-Ölçeği, MOKSL-Kus: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Kuşku Alt-Ölçeği, MOKSL-Rum: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Ruminasyon Alt-Ölçeği, ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, ÇBMÖ-Ken: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği, ÇBMÖ-Bas: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Başkasına Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği, ÇBMÖ-Top: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Topluma Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği'ni ifade eder.

4.2.1.2. Tedaviyi tamamlayan ve tamamlamayan kadınların anksiyete, depresyon, obsesif-kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeyleri bakımından karşılaştırılması

İki grup arasında katılımcıların demografik özellikleri bakımından yapılan karşılaştırmalarda anlamlılık gösteren her hangi bir fark saptanmadı ($p<0.05$). Ancak

daha önce bir kez evlilik yapmış ve ayrılmış olan birer kişinin yer aldığı iki çift de çalışmayı tamamlamayanlar arasında yer aldı.

Depresyon, anksiyete, obsesif kompülsif ve mükemmeliyetçilik düzeyleri bakımından tedaviyi tamamlayan ve tamamlamayan iki grup karşılaştırıldığında: HAM-A (sırasıyla, ort.= 18,41 SS±8,24 ve ort.=26,80 SS±7,01), ÇBMÖ toplam puanı (sırasıyla ort.=170,41 SS±42,51 ve ort.=214,00 SS±33,30) ve kendine yönelik mükemmeliyetçilik alt-ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptandı (sırasıyla ort.=60,75 SS±16,34 ve ort.=85.80 SS±12,85).

Tablo 4.2 Tedaviyi tamamlayan ve tamamlamayan kadınların depresyon, anksiyete, obsesif-kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeyleri bakımından karşılaştırılması

	Tamamlayanlar (N=12)		**Tamamlamayanlar (N=5)**		**P değeri**
	Ort.	**St. Sapma**	**Ort.**	**St. Sapma**	
HAM-D	9,5833	5,53	15,4	6,42	0,091
HAM-A	18,41	8,24	26,8	7,01	***0,039****
MOKSL-Top	17,66	6,74	18,6	8,61	0,957
MOKSL-Tem	4,66	1,55	4,4	2,30	0,62
MOKSL-Kont	3,25	2,41	3,6	2,07	0,70
MOKSL-Yav	3,25	1,95	3,0	1,87	0,91
MOKSL-Kus	4,00	1,53	4,4	1,51	0,61
MOKSL-Rum	5,08	2,77	5,8	2,58	0,70
ÇBMÖ-Toplam	170,41	42,51	214,0	33,30	***0,045****
ÇBMÖ-Ken	60,75	16,34	85,8	12,85	***0,009*****
ÇBMÖ-Baş	57,08	12,69	65,6	14,53	0,34
ÇBMÖ-Top	55,91	17,13	62,6	14,85	0,39

Karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.
HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, MOKSL: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi, MOKSL-Tem: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Temizlik Alt Ölçeği, MOKSL-Kont: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Kontrol Alt-Ölçeği, MOKSL-Yav: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Yavaşlık Alt-Ölçeği, MOKSL-Kus: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Kuşku Alt-Ölçeği, MOKSL-Rum: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Ruminasyon Alt-Ölçeği, ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, ÇBMÖ-Ken: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği, ÇBMÖ-Bas: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Başkasına Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği, ÇBMÖ-Top: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Topluma Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği'ni ifade eder.
Ort. Ortalama, St. Sapma : Standart sapmayı ifade eder.
*p<0,05 düzeyinde anlamlılığı ifade eder, **p<0,01 düzeyinde anlamlılığı ifade eder.

4.2.1.3. Tedaviyi tamamlayan kadınlarda depresyon, anksiyete, obsesif-kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeylerindeki değişim

Bu bölümde çalışmayı tamamlayan kadınlardaki depresyon, anksiyete, obsesif kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeylerinin tedavinin başlangıcından bitimine gösterdikleri değişim değerlendirildi. Bunun için "Wilcoxon Signed Ranks Test" kullanıldı. Buna göre tedaviyi tamamlayan kadınlarda yalnızca HAM-D (p=0,006) ve MOKSL ölçeğinin temizlik alt-ölçeğinin puanlarında (p=0,035) tedavi başlangıcıyla sonu arasında anlamlı bir değişiklik oldu. HAM-A ölçeği puanlarındaki değişim ise anlamlılığa yaklaştı (p=0,061). Aşağıda Tablo 4,3'te tedaviyi tamamlayan kadınların belirtilerindeki değişimler ve bunların p değerleri verilmiştir.

Tablo 4.3 Tedaviyi tamamlayan kadınlarda depresyon, anksiyete, obsesif kompülsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeylerindeki değişim

	Tedavi başlangıcı (N=12)		**Tedavi sonu (N=12)**		**P değeri**
	Ortalama	**St. Sapma**	**Ortalama**	**St. Sapma**	
HAM-D	9,58	5,53	5,83	4,10	***0,006****
HAM-A	18,41	8,24	16	9,05	0,061
MOKSL-Top	17,66	6,74	16,58	8,50	0,164
MOKSL-Tem	4,66	1,55	4,0	2,0	***0,035****
MOKSL-Kont	3,25	2,41	3,25	2,52	1,000
MOKSL-Yav	3,25	1,95	3,08	2,19	0,097
MOKSL-Kus	4,00	1,53	3,5	2,11	0,084
MOKSL-Rum	5,08	2,77	4,75	2,73	0,334
ÇBMÖ-Toplam	170,41	42,51	165,67	32,72	0,084
ÇBMÖ-Ken	60,75	16,34	60,67	12,70	0,937
ÇBMÖ-Baş	57,08	12,69	55,08	11,98	0,373
ÇBMÖ-Top	55,91	17,13	50,33	13,24	0,091

Değişimin değerlendirilmesinde Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır.
HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, MOKSL: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi, MOKSL-Tem: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Temizlik Alt Ölçeği, MOKSL-Kont: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Kontrol Alt-Ölçeği, MOKSL-Yav: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Yavaşlık Alt-Ölçeği, MOKSL-Kus: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Kuşku Alt-Ölçeği, MOKSL-Rum: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi Ruminasyon Alt-Ölçeği, ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, ÇBMÖ-Ken: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği, ÇBMÖ-Bas: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Başkasına Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği, ÇBMÖ-Top: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği Topluma Yönelik Mükemmeliyetçilik Alt Ölçeği'ni ifade eder.
Ort. Ortalama, St. Sapma: Standart sapmayı ifade eder.
*p<0,05 düzeyinde anlamlılığı ifade eder, **p<0,01 düzeyinde anlamlılığı ifade eder.

4.2.2. Tedavi sürecinde kadın ve erkeklerde cinsel doyum ve işlevlerin değerlendirilmesi ve işlev düzeylerindeki değişim

Çalışmada hem kadınların hem erkeklerin cinsel işlev ve doyum düzeylerini değerlendirmek için Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin erkek ve kadın formları kullanıldı. Bu ölçek, hem tedavinin başlangıcında hem de sonunda tedaviye katılan kadın ve erkeklere verildi. Tedaviyi tamamlayanlarla tedaviyi bırakanların cinsel işlev bakımından birbirinden genel olarak farklılaşmadığı gözlendi (Tablo 4.4 ve Tablo 4.5). Ancak iki grup arasında yalnızca kadınların doyum alt-ölçeğindeki puanları açısından anlamlı bir fark gözlendi (p=0,049).

Tablo 4.4 Tedaviyi tamamlayan ve tamamlamayan kadınların cinsel işlev düzeyi bakımından karşılaştırılması

	Tamamlayanlar (N=12)		**Tamamlamayanlar (N=5)**		**P değeri**
	Ortalama	**St. Sapma**	**Ortalama**	**St. Sapma**	
GRCDÖ-K Toplam	44,25	17,22	39	10,22	0,597
Sıklık	3,08	2,10	3,4	2,6	0,914
İletişim	3,17	2,72	1,4	1,14	0,249
Doyum	6,5	3,91	2,6	1,51	***0,049****
Kaçınma	3,91	3,96	3,4	3,05	0,915
Dokunma	2,41	2,99	4	1,87	0,180
Vajinismus	12,83	2,36	14	2,91	0,277
Anorgazmi	7,67	4,65	6,8	2,94	0,79

Karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.
GRCDÖ-K: Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu'nu, sıklık, sıklık alt-ölçeğini, iletişim, iletişim alt ölçeğini, doyum, doyum alt ölçeğini, kaçınma, alt-ölçeğini, doyum, doyum alt ölçeğini, kaçınma, kaçınma alt ölçeğini, dokunma, dokunma alt ölçeğini, vajinismus, vajinismus alt-ölçeğini, anorgazmi, anorgazmi alt-ölçeğini ifade eder.
Ort. Ortalama, St. Sapma : Standart sapmayı ifade eder.
*p<0,05'lik anlamlılık düzeyini ifade eder.

Tablo 4.5 Tedaviyi tamamlayan ve tedaviyi tamamlamayan erkeklerin cinsel işlev düzeyi bakımından karşılaştırılması

	Tamamlayanlar (N=12)		Tamamlamayanlar (N=5)		P değeri
	Ortalama	St. Sapma	Ortalama	St. Sapma	
GRCDÖ-E Toplam	19,91	8,54	22,2	8,28	0,274
Sıklık	1,75	1,42	2,8	2,48	0,414
İletişim	1,67	1,92	2,6	1,81	0,281
Doyum	4,67	2,18	6,6	4,77	0,386
Kaçınma	1,17	2,16	1,8	3,03	0,812
Dokunma	1	1,27	0,2	0,44	0,210
Empotans	2,41	1,88	1,6	0,89	0,388
Erken boşalma	3,75	2,95	2,8	2,16	0,708

Karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.
GRCDÖ-E: Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği Erkek Formu'nu, sıklık, sıklık alt-ölçeğini, iletişim, iletişim alt ölçeğini, doyum, doyum alt ölçeğini, kaçınma, alt-ölçeğini, doyum, doyum alt ölçeğini, kaçınma, kaçınma alt ölçeğini, dokunma, dokunma alt ölçeğini, empotans, empotans alt-ölçeğini, erken boşalma, erken boşalma alt-ölçeğini ifade eder.
Ort. Ortalama, St. Sapma Standart sapmayı ifade eder.

Çalışmayı tamamlayan çiftler için başlangıcında ve sonundaki Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldı. Değişimleri değerlendirmede Wilcoxon Signed Ranks testi kullanıldı. Buna göre kadınlar için ölçeğin toplam puanları (P=0,002) yanı sıra iletişim (P=0,04), vajinismus (P=0,002) ve anorgazmi alt ölçeklerinde (P=0,01) tedavi başlangıcıyla sonu arasında anlamlı fark vardı. Erkekler için de tedavi başlangıcıyla sonu arasında ölçeğin toplam puanı (P=0,006) ve doyum alt ölçeği bakımından (p=0,004) istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıktı. Bu karşılaştırmada değerlendirilen tüm veriler tablo Tablo 4.6 ve Tablo 4.7'de bulunabilir.

Tablo 4.6 Tedaviyi tamamlayan kadınlarda tedavi öncesi ve sonrasında cinsel işlevlerdeki değişim

	Tedavi başlangıcı (N=12)		Tedavi sonu (N=12)		P değeri
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
GRCDÖ-K Toplam	44,25	17,22	24,91	10,19	***0,002***
Sıklık	3,08	2,10	3,33	1,77	0,25
İletişim	3,17	2,72	1,91	1,83	***0,04****
Doyum	6,5	3,91	4,41	2,27	0,20
Kaçınma	3,91	3,96	2,83	3,09	0,15
Dokunma	2,41	2,99	2,33	2,22	0,83
Vajinismus	12,83	2,36	4,5	1,62	***0,002***
Anorgazmi	7,67	4,65	5	2,92	***0,01***

Değişimin değerlendirilmesinde Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır.
GRCDÖ-K: Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu'nu, sıklık, sıklık alt-ölçeğini, iletişim, iletişim alt ölçeğini, doyum, doyum alt ölçeğini, kaçınma, alt-ölçeğini, doyum, doyum alt ölçeğini, kaçınma, kaçınma alt ölçeğini, dokunma, dokunma alt ölçeğini, vajinismus, vajinismus alt-ölçeğini, anorgazmi, anorgazmi alt-ölçeğini ifade eder.
*p<0,05 düzeyinde anlamlılığı ifade eder.
**p<0,01 düzeyinde anlamlılığı ifade eder.
Ort. Ortalama, St. Sapma Standart sapmayı ifade eder.

Tablo 4.7 Tedaviyi tamamlayan erkeklerde tedavi öncesi ve sonrasında cinsel işlevlerdeki değişim

	Tedavi başlangıcı (N=12)		Tedavi sonu (N=12)		P değeri
	Ortalama	St. Sapma	Ortalama	St. Sapma	
GRCDÖ-E Toplam	19,91	8,54	15,58	8,34	***0,006***
Sıklık	1,75	1,42	1,67	0,98	0,65
İletişim	1,67	1,92	1,33	1,49	0,41
Doyum	4,67	2,18	3,16	1,64	***0,004***
Kaçınma	1,17	2,16	0,91	1,67	0,414
Dokunma	1	1,27	1	1,04	0,705
Empotans	2,41	1,88	2,08	1,72	0,205
Erken boşalma	3,75	2,95	3	2,59	0,104

Değişimin değerlendirilmesinde Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır.
GRCDÖ-E: Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği Erkek Formu'nu, sıklık, sıklık alt-ölçeğini, iletişim, iletişim alt ölçeğini, doyum, doyum alt ölçeğini, kaçınma, alt-ölçeğini, doyum, doyum alt ölçeğini, kaçınma, kaçınma alt ölçeğini, dokunma, dokunma alt ölçeğini, empotans, empotans alt-ölçeğini, erken boşalma, erken boşalma alt-ölçeğini ifade eder.
Ort. Ortalama, St. Sapma Standart sapmayı ifade eder.
*p<0,05 düzeyinde anlamlılığı ifade eder, **p<0,01 düzeyinde anlamlılığı ifade eder.

4.3. Korelâsyonlar

Hastalara uygulanan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonuna Spearman ile bakıldı. Buna göre HAM-D ölçeği HAM-A ölçeğiyle 0,788**), MOKSL kontrol alt ölçeğiyle (0,602*), HAM-A ölçeği MOKSL kontrol (0,501*) ve ruminasyon alt ölçekleriyle (0,568*), GRCDÖ doyum alt ölçeğiyle (0,603*), MOKSL temizlik alt ölçeğinin toplamının ve tüm alt ölçeklerinin birbiriyle korelasyonu vardı. ÇBMÖ'nin toplam puanının aynı ölçeğin tüm alt ölçekleriyle ve GRCDÖ kaçınma alt ölçeğiyle korelasyonu vardı. GRCDÖ toplam puanının dokunma alt ölçeği dışında diğer tüm alt ölçeklerle korelasyonu vardı. GRCDÖ'nün kaçınma alt ölçeğiyle MOKSL ruminasyon alt ölçeği (0,622**), ÇBMÖ'nin başkasına ve topluma yönelik alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında(*) ayrıca aynı ölçeğin vajinismus alt ölçeği puanları ve toplam puanı arasında korelasyon izlendi (*=0,05 düzeyinde, **=0,01 düzeyindeki korelasyonu gösterir).

5. TARTIŞMA

Çalışmanın giriş ve amaç bölümünde açıklandığı gibi buradaki amaçlarımızdan biri vajinismus tanısı almış kadınlardaki anksiyete, depresyon, obsesif kompülsif belirti ve mükemmeliyetçilik düzeylerini saptamaktı. Bu bizim için üç boyutta önem arz ediyordu.

1. Çalışma örnekleminde bu belirtilerin ne düzeyde olduğu.
2. Çalışmayı tamamlayanlarla tamamlamayanlar arasında bu belirtiler açısından farklılık olup olmadığı.
3. Çalışmayı tamamlayanlarda bu belirtilerin düzeylerindeki değişim

Diğer bir amaç çiftlerin tedavi sürecinden önce ve sonraki cinsel işlev/doyum düzeylerini değerlendirmekti. Bunun için çalışmaya katılan tüm çiftlere cinsel doyum ve işlev düzeylerini değerlendirmek amacıyla ilgili ölçekler verildi. Tedaviyi tamamlayan çiftler için bu ölçekler yeniden verildi. Bu ölçeklerin puanlarındaki değişim tedavinin etkinlik alanları ve etkinliğiyle ilgili nesnel bilgi vermesi bakımından önemliydi.

5.1. Sosyodemografik Veriler ve Genel Cinsellik Öyküsü

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 25,58; erkeklerin yaş ortalamaları 27,58 idi. Eğitim sürelerinin ortalamaları ise sırasıyla 10,41 ve 11,05 yıldı. Bu bilgiler de bizim örneklemimizin genç ve eğitimli kişilerden oluştuğunu gösterir. Çiftlerin yarısından fazlasının evliliğinde ailelerinin kararlarının etkili olduğu dikkati çekmiştir. Ancak çiftlerin %90'a yakını aralarındaki ilişkiyi en azından "iyi" olarak tanımlamaktadır. Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin evlilik öncesi bilgilerini yeterli bulma ve evlilik öncesi cinsel deneyimler yaşama bakımından farklı oldukları görülmüştür. Kadınların yaklaşık %70'i evlilik öncesinde

yeterli cinsel bilgilerinin olmadığını bildirmiştir. Bununla paralel olarak hem kadınların hem de erkeklerin tamamı kadın için evlilik öncesinde cinsel birleşmeyi uygun bulmamaktadır. Bunun yanı sıra pek çok araştırmada vurgulandığı gibi vajinismus tanılı kadınlar için cinsel ilişki korku ve endişeyle koşullanmıştır ve tanının en önemli unsurudur (Bayrak 2006, Hawton ve Catalan 1990, Oktay ve Tombul 2003, Ward ve Ogden 1994). Bizim araştırmamızda da cinsel ilişki dendiğinde aklınıza ilk ne geliyor sorusunda kadınların yaklaşık %95'i ağrı düşüncesi ve ona eşlik eden başka düşüncelerden bahsetmişlerdir.

5.2. Belirti Düzeylerinin Tedaviyi Tamamlamayla İlişkisi ve Tedavi ile Değişimi

Çalışmaya katılan kadınların depresif belirti düzeyleri bazıları için klinik depresif bozukluk sınırları içine girmektedir. Aynı zamanda bununla korele bir şekilde anksiyete belirtilerinin düzeyi de yüksektir. Rosenbaum (2005), vajinismusun temel bileşeninin anksiyete olduğunu ileri sürmüştür. Ancak bu yüksek anksiyete düzeyinin cinsel işlev bozukluğunun bir nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu muğlâktır. Ülkemizde daha önce yapılan bir çalışmada da ifade edildiği gibi tedaviyi tamamlayan kadınlarda anksiyete seviyesi azalırken, evlilik uyumu ve tüm cinsel işlevlerle ilgili değişkenler açısından gelişme gözlenmiştir (Kabakçı ve Batur 2003). Bununla birlikte aynı çalışmada tedaviyi bırakan ve tamamlayan çiftler arasında başlangıç ölçümleri (anksiyete düzeyi, evlilik uyumu..vs) açısından bir fark bulunamamıştır. Ancak biz bu çalışmada anksiyete düzeylerinin tedaviyi tamamlamada anlamlı etkisi olduğunu bulduk. Tedaviyi tamamlayan ve tamamlamayan kadınların anksiyete düzeylerinde fark varken ($p<0.05$) tedavi ile anksiyete düzeylerindeki azalma istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($P=0,061$).

Şu halde hastalar tedaviye alınırken öncelikle anksiyete düzeyleri üzerinde durmak ve eğer anksiyete düzeyleri tedavinin gidişine olumsuz etkide bulunacak gibiyse öncelikle bunun ilaçla ya da psikoterapötik müdahalelerle sağaltımını yapmak akıllıca olabilir. Her ne kadar antidepresanlar cinselliğin uyarılma ve orgazm

safhalarıyla ilgili yan etkiler yapabiliyor olsa da bu durumda kar-zarar dengesi gözetilerek bu tedaviler kullanılabilir (Yetkin 1999).

Çalışmamızda tedaviyi tamamlayan kadınlarla tamamlamayanlar arasında anlamlı farklılık gösteren diğer veri mükemmeliyetçilik düzeyleridir. Özellikle ölçeğin kendine-yönelik mükemmeliyetçilik alt ölçeği puanlarında p=0,009 anlamlılık düzeyinde farklılık gözlenmiştir.

Literatürde mükemmeliyetçilikle vajinismus arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran bir çalışma yoktur. Ancak mükemmeliyetçilik kişinin bilişlerini belirleyen şemalar çerçevesinde oldukça ilgi gören bir başlıktır.

Young'a göre yanlış inançlar ya da uyumsuz şemalar bazı bilişsel modellerin öne sürdüğü gibi mantık dışı (irrasyonel) değildirler. Sadece erken yaşlarda öğrenilmişlerdir ve o zamanki bağlam içinde geçerli olan bilgilerin yansımalarıdır. Erken çocukluk döneminde gelişen bazı şemalar, kişi yetişkinlik dönemine geldiğinde kişinin yaşamla baş etmesine genellikle yardımcı olamazlar. Hatta bunların yarattığı bilişsel yanlılıklar, insan ve çevre ilişkilerinde işlevsel olmayan sentezler sonucu psikolojik rahatsızlıklara neden olurlar. Young bu şemalara Erken Dönem Uyumsuz Şemalar (EDUŞ) adını vermiştir.

Young'a göre (1999) örtük, katı, kendini tekrarlayan ve değişmeye dirençli olan bu inançlar, kendilik kavramının temel yapılarını oluşturur. Kişinin kendisiyle ve diğerleriyle ilişkileri ile ilgili daha yaygın olumsuz temalar içeren bu inançlar erken yaşta gelişmekte ve şu anki ilişkilerin nasıl süreceğini belirlemektedir. Bilişsel çarpıtmalar, bilişsel ve duygusal kaçınmalar, olumsuz sonuçlara yol açan davranış örüntülerinin hepsi temel inançların bütünlüğünü korumaya katkıda bulunur.

Freud'un dinden, ahlaktan, gelenek görenekten ve tüzel etkilerden geldiğini öne sürdüğü "yasaktır, ayıptır, günahtır" biçimindeki süperego engellemeleri ile "Katı Standartlar" şemasının benzer biçimde işlediğini söylemek mümkündür. Yukarıda da değinildiği gibi vajinismus tanısı alan kadınların karşılaştırma grubundaki kadınlara göre evliliğe kadar bekâretin korunması gerektiğine daha fazla inanmalarının da katı standartlar şeması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir

Erken dönemde oluşan uyumsuz şemalar ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada işlevsel olmayan şemalardan 5'inin anksiyete ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Buna göre; hastalıklar ve tehditler karşısında incinebilirlik şeması başta olmak üzere terk edilme/istikrarsızlık, başarısızlık, duyguların bastırılması ve kendini adama/feda etme şemalarının anksiyetenin yordayıcıları olduğu ortaya çıkmıştır (Welburn 2002).

Erken dönem uygunsuz şemalarla ilgili ortaya çıkan bulgulara dayanarak; vajinismus tanısı alan kadınlarda genel olarak; güvensizlik, değersizlik ve yetersizlik duygularının; yakın ilişkilerinde suiistimal edileceklerine dair beklentilerin; onaylanmak için kendi duygu ve ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi, bastırılması ve mükemmel olması gerektiğine dair inançların; huzursuzluktan, yüzleşmelerden ve sorumluluktan kaçınma eğilimlerinin daha yoğun olduğu sonucuna varılabilir. Vajinismus tanısı alan kadınlarda bu şemaların varlığı; Black'in (2005) vajinismusta görülen vajinal ağrı ya da spazmın disparonik bir ağrıyı ifade etmediği bu ağrı ya da spazmın daha derin yapıların bir yansıması olabileceğini ileri sürdüğü görüşünü desteklemektedir.

Tanı ve cinsiyet ortak etkisine bakıldığında vajinismus tanısı alan kadınların "Katı Standartlar" şemasına ait daha uyumsuz zihinsel temsillere sahip olmaları açısından diğer üç gruptan ayrıldığı görülmektedir. Young bu şemaya sahip kişilerin ilişkilerinde mükemmellik, kontrol ve belirginlik aradıklarını belirtmektedir (Young 1999). Paralel olarak; yayınlarda da vajinismus tanısı alan kadınların cinsel ilişki sırasında "izleyici" rolü üstlenerek, cinsel ilişkiye kendilerini bırakamadıkları yönünde genel bir klinik gözlemden söz edilmektedir (Bayrak 2006, Yetkin 1999). Bu açıdan tedavilerde mükemmeliyetçilik ve kontrol ile ilgili inançlara vurgunun artırılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda obsesif kompülsif belirtileri değerlendirmek için kullandığımız ölçeğin bir kesme puanı yoktur ve o yüzden çalışma grubundaki puanlar belirtilerin yoğunluğu bakımından çok şey ifade etmezken karşılaştırmada kullanılır. Hastaların tedaviyi tamamlaması konusunda iki grup arasında obsesif belirtiler bakımından fark bulmadık. Ancak tedaviyi tamamlayan kadınların temizlik alt ölçeği puanlarında

anlamlı düzelme olması cinsellik ve kirlilik obsesyonları arasında bir ilişki olduğunu akla getirmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda bulaşma obsesyonunun (özellikle vücut sekresyonlarıyla ilgili) cinsel işlevleri bozmada bir risk etkeni olduğu ileri sürülmüş, Aksaray ve arkadaşları bulaşma obsesyonu olan kadınların cinsel açıdan daha duyarsız, kaçınmalarının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Freund ve Steketee 1989, Aksaray 2001).

Çalışmamızda hastaların depresif belirtileri tedavi sürecinde anlamlı şekilde düşmüştür. Her ne kadar zaten vajinismus hastalarının ortalama depresyon puanları klinik düzeyde değilse de bu belirtilerdeki azalma vajinismusa eşlik eden düşük kendilik değerinin tedavi sürecinden olumlu etkilenmesiyle ilişkili olabilir (Kaplan 1989). Yukarıda belirtildiği gibi vajinismuslu kadınların kendi cinsel bilgi düzeylerini yetersiz görmeleri de literatürde düşük benlik algısı lehine yorumlanmıştır (Bayrak 2006).

Tüm bunlar birlikte düşünüldüğünde vajinismus tanısı almış kadınlarda kendilik algısı ve bu algının tedaviyle değişiminin daha ileri değerlendirilmesi yerinde olur.

5.3. Cinsel Doyum ve İşlevlerin Tedaviyle Değişimi

Kabakçı ve Batur (2003) Hacettepe Üniversitesi psikiyatri kliniğine başvuran 28 vajinismus tanısı almış kadın ve eşine 6 ay süreyle bilişsel – davranışçı terapi uygulamıştır. Çiftlerden 14'ü ilk seanslarda terapiyi bırakmış, geri kalan 14 çift tedaviyi başarıyla sonuçlandırmıştır. Tedaviyi bırakan ve tamamlayan çiftler arasında başlangıç ölçümleri (anksiyete düzeyi, evlilik uyumu..vs) açısından bir fark bulunamamıştır. Bu açıdan bizim bulgularımız bu bulgularla uyumsuzdur. Tedaviyi tamamlayan kadınlarda anksiyete seviyesi azalırken, evlilik uyumu ve tüm cinsel işlevlerle ilgili değişkenler açısından gelişme gözlenirken, aynı gelişme erkek eşler için söz konusu olmamıştır. Bu bulgu Akpınar ve Saatçi'nin (2007) vajinismus nedeniyle cinsel ilişkiye girememiş bir çiftin tedavi sonrası ölçümleriyle paralellik göstermektedir.

Bizim çalışmamızda da kadınlar için tedaviyle genel cinsel doyum düzeylerinde, vajinismus ve agorgazmi belirtilerinde bir düzelme görülmüştür. Ancak yukarıdaki çalışmalardan farklı olarak erkeklerin cinsel işlevi gösteren ölçek puanlarında da bir iyileşme olmuştur. Ancak bu iyileşme esas olarak ilgili ölçeğin doyum alt-ölçeğindeki iyileşmeye bağlı gibi görünmektedir. Bu veriler erkeklerin doyum algısında cinsel birleşmenin önemli yer tuttuğu düşüncesini akla getirir ki bu da klinik olarak çok uzak değildir.

Bunlarla birlikte çalışmamızda kadınların cinsel iletişime dair bildirdikleri bir iyileşme saptanmıştır. Bu hem uygulanan tedaviler sırasında iletişimi iyileştirmeye yönelik egzersizlerin hem de tedaviyle birlikte artmış olabileceğini düşündüğümüz pozitif kendilik algısının bir sonucu olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde; yüksek anksiyete düzeyleri tedavinin tamamlanması üzerine olumsuz bir etki yapabilmektedir. Ayrıca kişinin özellikle kendine yönelik mükemmeliyetçiliği de tedavinin başarısız olmasıyla ilişkili gibi görünmektedir. Buna göre tedavinin bilişsel bileşeninde kişinin anksiyetesi ve mükemmeliyetçi şemaları üzerinde çalışmanın önemi açıktır. İkinci olarak tedaviyi tamamlayan hastaların depresyon belirtilerinde düşüş olmuştur. Bu durum, bir özellik olarak değişim göstermeyen mükemmeliyetçilik düzeylerinin depresif belirtiler düzeyinde düzelmiş olabileceği ya da cinsel işlevlerdeki düzelmenin dolaylı olarak depresyon altında sıralanan olumsuzlukları iyiye götürdüğünü akla getirebilir. Son olarak, başka çalışmaların aksine eşle birlikte yapılan bilişsel davranışçı tedavilerin özellikle doyumu arttırarak erkeklerdeki cinsel işlev düzeyini olumlu etkilediği sonucu çıkartılabilmektedir.

Bu çalışmayla mükemmeliyetçilik düzeyinin vajinismusta etiyolojik ve tedaviyle ilgili imaları olduğu görülmüştür. Karşılaştırmalı çalışmalarda ve tedavi çalışmalarında bu parametrenin ileri değerlendirmesi elimizdeki verileri artıracaktır.

6.1. Araştırmanın sınırlılıkları

Tüm çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmanın da bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bizce en önemli sınırlılık hastaların tanı, tedavi ve değerlendirme süreçlerinin aynı kişi tarafından yapılmasıdır. Bu yanlılık açısından önemli bir sorun olabilirken her çifte yaklaşımın homojen olmasını sağlaması bakımından da önemli gibi görünmektedir. Bir diğeri, örneklem hacminin küçük olmasıdır ki, özellikle tedaviyi tamamlamada etkisi olduğu sonucuna vardığımız belirtilerin değerlendirilmesinde regresyon analizi yapılmasına olanak sağlamamıştır. Ayrıca alt

ölçeklerin birbirleriyle korelasyonu için örneklem sayısı yetersizdir. Ancak literatürde çiftlerin hem tanı, hem tedavi ile değerlendirildiği çalışmalarda daha yüksek sayılara ulaşılamadığı bilinmektedir. Üçüncü olarak demografik verilerden de anlaşılacağı üzere özellikle eğitim düzeyinin bizim toplumumuza göre görece yüksek olması ortalamayı yansıtması açısından bir kısıtlılık olabilir. Bununla birlikte, vaginismusun eğitim seviyevi yüksek kadınlarda daha fazla görüldüğünü vurgulayan çok sayıda çalışma vardır.

7. ÖZET

Bilişsel Davranışçı Terapi İle Tedavi Edilen Vajinismus Olgularında Tedavi Öncesi ve Sonrası Depresyon, Anksiyete ve Mükemmeliyetçilik Düzeyleri

Amaç; "Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda, tekrarlayan ya da sürekli istem dışı ve cinsel ilişkiye engel olan spazm varlığı" olarak tanımlanan vajinismusta depresyon, anksiyete, obsesif belirtiler ve mükemmeliyetçilik düzeylerini değerlendirmek ve bu belirtilerin tedaviyle değişimini izlemek.

Yöntem; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniklerine vajinismus ön tanısıyla başvuran 17 çift çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya alınan çiftler Kişisel Bilgi Formu eşliğinde değerlendirilerek, ilk seansta kadınlara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Golombok & Rust Cinsel Doyum Ölçeği, erkeklere ise Golombok & Rust Cinsel Doyum Ölçeği verilmiştir. Tedaviyi tamamlayan çiftlere aynı ölçekler tekrar uygulanmıştır.

Bulgular; Yüksek anksiyete ve ($p<0.05$) kendine yönelik mükemmeliyetçilik düzeyleri ile tedavinin tamamlanamaması arasında ilişki olduğu ($p<0.05$), tedaviyi tamamlayan hastaların depresyon belirtilerindeki düşüşün anlamlı olduğu ($p<00.05$), hem kadınların hem de erkeklerin cinsel işlev alt ölçeklerinde anlamlı değişiklikler ($p<00.05$) olduğu saptanmıştır.

Sonuç; Vajinismus yalnızca cinsel işlev bozukluğu olmasının ötesinde ruh sağlığının birçok bileşeniyle ilişkilidir. Anksiyete ve obsesif belirtilerin varlığının vaginismus tedavisinde önemli olmasının yanı sıra mükemmeliyetçi kişilik özelliklerinin de üzerinde durulması gerekmektedir.

8. SUMMARY

Levels of Depressive anxiety and Obsessive Compulsive Symptoms and Perfectionism among Vajinusmus Cases WhoTreated with Cognitive Behavioral Treatment

Aim; To assess the level of depressive, anxiety, obsessive compulsive symptom and perfectionism among the patients with vajinismus that defined as "a recurrent or persistent involuntary spasm of the musculature of the outer third of the vagina that interferes with sexual intercourse" and to compare related symptom alterations between beginning to end.

Method: Seventeen couples referred to Ankara University Faculty of Medicine Psychiatry Department with possible vaginismus diagnosis as out patients were included. At the first session, couples were assessed with Personal Information Form, for women Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA), Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire (MOCQ), The Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) and The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) Scale and, for men The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) Scale were applied. The participants who completed the study were given the same scales again.

Results; The relationship between completition of the study and elevated anxiety levels and self-oriented perfectionism were significant ($p<0.05$). For patients that completed the study, decreasing of depressive symptom levels were also significant and the scale scores related sexual functioning of both for men and women improved significantly ($p<0.05$).

Conclusions: Vaginismus is not only a sexual dysfunction but concerning multiple components of mental health. Presence of anxiety and obsessive symptoms is important for treatment of the syndrome as well as considerable attention on perfectionistic personality traits is needed.

9. KAYNAKÇA

Abrevaya E (2005). Yaşamın başlangıcında beden ve söz. Psikanaliz Yazıları, 11, 65-76.

Adler A (1956). The Individual Psychology of Alfred Adler. Newyork: Harper.

Ahmed K., ve Bhugra D (2007). The role of culture in sexual dysfunction. Psychiatry, 3(2), 23-25.

Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4: 251-259.

Akpınar E. ve Saatçi E. (2007). An unconsummated marriage: A case report. Marmara Medical Journal, 20(3), 182-185.

Allen L., Lacy J., Salle J. P. ve Gordon A. (2006). The use of botox for vaginismus after sigmoid vaginoplasty. North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology 20th Annual Clinical Meeting, 142.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2000). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı, (DSM-IV-TR), E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Antony M., Swinson R. (2000). Mükemmeliyetçilik, Kuraldışı Yayınları İstanbul.

Bachmann, G. (2006). Female sexuality and sexual dysfunction: Are we stuck on the learning curve. The Journal of Sexual Medicine, 3, 639-645.

Badran, W., Moamen, N., Fahmy, I., El-Karaksy, A., Abdel-Nasser, T. M. ve Ghanem, H. (2006). Etiological factors of unconsummated marriage. International Journal of Impotence Research, 18, 458-463.

Barrow J.C., Moore C.A. (1983). Group interventions with perfectionist thinking. Personal and Guidance Journal, 61: 612-615.

Basson, R. (1996). Lifelong vaginismus: A clinical study of 60 consecutive cases. Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 3, 551-561.

Bayrak, M. (2006). Vajinusmus oluşumunda etyolojik özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri Birimi.

Bergeron, S., Brown, C., Lord, M. J., Oala, M., Binik Y. M. ve Khalifé, S. (2002). Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: A retrospective study. Journal of Sex & Marital Therapy, 28,183-192.

Binik, Y. M., Pukall, C. F., Reissing, E. D. ve Khalifé, S. (2001). The sexual pain disorders: A desexualized approach. Journal of Sex & Marital Therapy, 27,113-116.

Biswas, A., & Ratman, S. S. (1995). Vaginismus and outcome of treatment. Annuals of the Academy of Medicine, Singapore, 24(5), 755–758.

Black, J. S. (2005). Integrating medical and psychological treatment for sexual problems: The psyche and the soma. Sexual and Relationship Therapy, 20(1), 105-113.

Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D. ve Galluzzo, C. (2006). Associations among everyday stress, critical life events, and sexual problems. The Journal of Nervous and Mental Disease, 194 (7), 494-501.

Butcher, J. (1999). ABC of sexual health: Female sexual problems II: Sexual pain and sexual fears. British Medical Journal, 318, 110-112.

Coppini, A. (1999). A case of primary vaginismus. International Forum of Psychoanalysis, 8, 49-52.

Crowley, T., Richardson, D. ve Goldmeier, D. (2006). Recommendations for the management of vaginismus: BASHH special interest group for sexual dysfunction. International Journal of STD & AIDS, 17, 14-18.

Engman, M., Lindehammar H. ve Wijma B. (2004). Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar

vestibulitis and in asymptomatic women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25, 281-294.

Engman, M., Wijma, K. ve Wijma, B. (2007). Itch and burning pain in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis. Journal of Sex & Marital Therapy, 33, 171-186.

Erol N, Savaşır I (1988) Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, GATA Basımevi, s.107-114.

Gehring, D. ve Chan, A. W. C. (2001). Group therapy – a useful treatment modality for woman diagnosed with primary and secondary vaginismus. Journal of Sex Education and Therapy, 26(1), 59-67.

Ghanem, H., Zaazaa, A., Kamel, I., Anis, T., Salem, A. ve El Guindi, A. (2006). Short-term use of sildenafil in the treatment of unconsumated marriages. International Journal of Impotence Research, 18, 52-54.

Gindin, L. R. ve Resnicoff, D. (2002). Unconsummated marriages: A separate and different clinical entity. Journal of Sex & Marital Therapy, 28, 85-99.

Goetsch, M. E. (1996). Simplified surgical revision of the vulvar vestibule for vulvar vestibulitis. American Journal of Obstetrics & Gynaecology, 174(6), 1701-1707.

Goldmeier, D., Keane, F. E. A., Carter, P., Hessman, A., Haris, J. R. W. ve Renton, A. (1997). Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic. International Journal of STD & AIDS, 8, 303-306.

Golombok, S., Rust, J., & Pickard, C. (1985). The prevalence of sexual dysfunction in general population. British Journal of Sex and Medicine, 11, 55–76.

Hamachek D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology, 15, 27-33.

Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction. The Journal of Men's Health and Gender, 4(1), 18-2.

Hawton, K. ve Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. Sexual and Marital Therapy, 5, 39–48.

Hazan, C. ve Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationshps. Psychological Inquiry, 5, 1-22.

Heiman, J. R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them. Archives of Sexual Behavior, 31(5), 445-450.

Hewitt P.L., Flett G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. Journal of Personality and Social Psychology. 60: 456–470.

Hill R.W. et al. (1997). Perfectionism and the big five factor. Journal of Social Behavior and Personality. 12:257–270.

Hiller, J. (2000). Defining vaginismus. Sexual and Relationship Therapy, 15(1), 87-90.

Hirst, J. F., Baggaley, M. R., & Watson, J. P. (1996). A four-year survey of an inner-city psychosexual problems clinic. Sexual and Marital Therapy, 11, 19–36.

Horney K. (1996). Nevrozlar ve İnsan Gelişimi, Ankara: Öteki Yayınevi.

Jeng, C. J., Wang, L. R., Chou, C. S., Shen, J. ve Tzeng, C. R. (2006). Management and outcome of primary vaginismus. Journal of Sex & Marital Therapy, 32, 379-387.

Kabakçı, E. ve Batur, B. (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus. Journal of Sex & Marital Therapy, 29(4), 277-288.

Kaneko, K. (2001). Penetration disorder: Dyspareunia exists on the extension of vaginismus. Journal of Sex & Marital Therapy, 27, 153-155.

Kaplan, H. S. (1974). The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. New York: Brunner & Mazel Publication.

Küçük, L. ve Buzlu, S. (2006). Vajinismusun psikososyal yönü. Androloji Bülteni, 24, 79-81.

Lemke, W. (2005). Utilizing hypnosis and ego-state therapy to facilitate healthy adaptive differentiation in the treatment of sexual disorders. American Journal of Clinical Hypnosis, 47(3), 179-189.

Maria, G., Cadeddu, F., Brisinda, D., Brandara, F. ve Brisinda, G. (2005). Management of bladder, prostatic and pelvic floor disorders with botulinum neurotoxin. Current Medicinal Chemistry, 12, 247-265.

Mills, B. ve Turnbull, G. (2004). Broken hearts and mending bodies: The impact of trauma on intimacy. Sexual and Relationship Therapy, 19(3), 265-289.

Missildine W. H. (1963). Perfectionism- If you must strive to "do beter" In W. H. Missildine (Ed), Your Inner Child of the past (pp.75-90). New York: Pocket Boks.

Morris, E. ve Mukhopadhyay S. (2006). Dyspareunia in gynaecological practise. Current Obstetrics & Gynaecology, 16, 226-233.

Nancy, A. ve Phillips, M. U. (2000). Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. American Family Physician, 62(1), 127-136.

Ng, M. L. (1999). Vaginismus - a disease, symptom or culture-bound syndrome. Sexual and Marital Therapy, 14(1), 9-13.

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. E. ve Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. Journal of Sex & Marital Therapy, 32, 173-182.

Ohkawa, R. (2001). Vaginismus is better not included in sexual pain disorder. Journal of Sex & Marital Therapy, 27, 191-192.

Ohl, L. E. (2007). Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. Urologic Nursing, 27(1), 57-63.

Oktay, M. ve Tombul, K. (2003). 200 Vajinismus vak'ası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi. Yeni Symposium, 41(3), 115-119.

Özmen, E. (1999). Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 2, 49-53.

Özuğurlu, K. (1991). Psikosomatik cinsel bozukluklar. E, Adam (Ed.), Psikosomatik Hastalıklar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Peleg, R., Press, Y. ve Ben-Zion, I. Z. (2001). Glyceryl trinitrate ointment as a potential treatment for primary vaginismus. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 96, 111-112.

Platts, H., Tyson, M. ve Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 322-348.

Praharaj, S. K., Verma, P. ve Arora, M. (2006). Topical lignocaine for vaginismus: A case report. International Journal of Impotence Research, 18, 568-569.

Pukall, C. F., Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S. ve Abbott, F. V. (2000). New clinical and research perspectives on the sexual pain disorders. Journal of Sex Education and Therapy, 25(1), 36-44.

Ramage, M. (2003). Female sexual dysfunction. Psychiatry, 3(2), 16-20.

Reissing, E. D. (2002). Re-evaluating vaginismus: An empirical investigation of diagnostic reliability, vaginal spasm, pain and associated etiological correlates. A Thesis of the Degree of Doctor of Philosophy. Montreal: McGill University, Department of Psychology.

Reissing, E. D., Binik, Y. M. ve Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist: A critical review of the literature. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187(5), 261-274.

Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D. ve 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, 47-59.

Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D. ve Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. Archives of Sexual Behavior, 33(1), 5-17.

Reissing, E. D., Laliberte, G. M. ve Davis, H. J. (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual

aversion and body attitudes. The Canadian Journal of Human Sexuality, 14 (3-4), 77-85.

Roy, J. (2004). A survey of relate psychosexual therapy clients, january to march 2002. Sexual and Relationship Therapy, 19(2), 155-166.

Safran, J. D., Segal, Z. V., Hill, C. ve Whiffen, V. (1990). Refining strategies for research on self-representations in emotional disorders. Cognitive Therapy and Research, 14(2), 143-160.

Segraves, R. T. (2001). Historical and international context of nosology of female sexual disorders. Journal of Sex & Marital Therapy, 27, 205-207.

Seo, J. T., Choe, J. H., Lee, W. S. ve Kim, K. H. (2005). Efficacy of functional electrical stimulationbiofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. The Journal of Urology, 66, 77-81.

Shafik, A. ve El-Sibai, O. (2000). Vaginismus: Results of treatment with botulin toxin. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 20(3), 300-302.

Shafik, A. ve El-Sibai, O. (2002). Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: A concept of pathogenesis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 105, 67-70.

Shokrollahi, P., Mirmohamadi, M., Mehrabi, F. ve Babaei, G. (1999). Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. Journal of Sex & Marital Therapy, 25, 211-215.

Smith, K. M. ve Gillmer, M. D. (1998). Amielle vaginal trainers – a patient evaluation. Journal of Obstetrics and Gynecology, 18(2), 146-147.

Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of sexual dysfunction's: A critical review of the empirical literature, Archives of Sexual Behavior, 19, 389–408.

Sungur, M. (1994). Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. Sexual and Marital Therapy, 9(3), 251-265.

Sungur, M. Z. (2000). Cinsel işlev bozuklukları. I, Sayıl (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. (2. baskı). Ankara: ANTIP Yayınları.

Ter Kuilea, M. M., Van Lankveldb, J. J. D. M., De Groota, E., Mellesb, R., Neffsa, J. ve Zandbergenb, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. Behaviour Research and Therapy, 45, 359-373.

Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E (1993) Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 4: 83-88

Tuğrul C. ve Kabakçı E. (1997). Vaginismus and its correlates. Sexual and Marital Therapy, 12(1), 23-34.

Tulla, M. E., Dunn, M. E., Antilus, R. ve Muneyyırcı-Delale, O. (2006). Vaginismus and failed in vitro fertilization. Sexual and Relationship Therapy, 21(4), 439-443.

Van Der Velde, J. ve Everaerd, W. (2001). The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. Behaviour Research and Therapy, 39, 395-408.

Van Der Velde, J., Laan, E. ve Everaerd, W. (2001). Vaginismus, a component of a general defensive reaction an investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. International Urogynecological Journal, 12, 328-331.

Van Lankveld, J., Everaerd, W. ve Grotjohann, Y. (2001). Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. The Journal of Sex Research, 38(1), 51-67.

Ward, E. ve Ogden E. (1994). Experiencing vaginismus-sufferers' beliefs about causes and effects. Sexual and Marital Therapy, 9, 33-45.

Warner, P., & Bancroft, J. (1987). A regional service for sexual problems: A 3-year study. Sexual and Marital Therapy, 2, 115–126

Weiss, J. C. (2001). Treating vaginismus: Patient without partner. Journal of Sex Education and Therapy, 26(1), 28-33.

Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. ve Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire - Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. Cognitive Therapy and Research, 26(4), 519-530.

Wijma, B., Engman, M. ve Wijma, K. (2007). A model for critical review of literature – with vaginismus as an example. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 28(1), 21-36.

Yazıcı K. M., Demir B., Tanrıverdi N ve ark.: Hamilton Anksiyete derecelendirme Çalışması, Türk Psikyatri Dergisi: 1997; 9: 114-118

Yetkin, N. (1999). Vajinismus. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi, 3, 26-29.

Yitzchak M. Binik, Reissing E, , Pukall C., , Flory F., Payne K. A., BA ve Khalife S. (2002) Archives of sexual Behavior Vol. 31 No 5 October pp 425—429 The female Sexual Pain Disorders: Genital Pain or Sexual Disorders?

Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press. Bancroft, J., Tyrer, G., & Warner, P. (1982). The classification of sexual problems inwomen. Journal of Sexual Medicine, (February), 30–37.

EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz Kadın Erkek
2. Yaşınız ……..
3. Eğitim yılınız……
4. Mesleğiniz Çalışıyor Çalışmıyor Evhanımı
5. Kaçıncı evliliğiniz……..
6. Kaç yıldır evlisiniz……..
7. İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız…….
8. Kaç çocuğunuz var……..
9. Eşinizle nasıl evlendiniz?

   Kendimiz tanışarak

   Kendimizin ve ailelerimizin kararı ile

   Ailelerimizin kararı ile

   Diğer…..
10. Eşinizle ilişkinizi tanımlayınız

    Çok iyi geçiniyoruz

    İyi geçiniyoruz

    Orta halli geçiniyoruz

    Geçinemiyoruz
11. Evlilik öncesi yeterli cinsel bilginiz var mıydı?

    Vardı

    Yoktu
12. Cinsel ilişki dendiğinde aklınıza ilk gelen şey (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Zevk

Gereklilik

Acı/ağrı

Korku

Günah

13. Evlilik öncesi cinsel deneyiminiz oldu mu? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Masturbasyon

Sadece öpüşme

Cinsel birleşme olmaksızın sevişme

Cinsel ilişki

Taciz

Tecavüz

14. Bekaretin evliliğe kadar korunması gerektiği görüşüne katılıyor musunuz?

Evet

Hayır

15. Evlenmeden önce eşinizle cinsel ilişkide bulundunuz mu?

Evet

Hayır

16. İlk cinsel deneyiminiz gerdek gecesinde mi oldu?

Evet

Hayır

17. Sizce gerdek gecesinde mutlaka cinsel ilişkide bulunulması gerekiyor mu?

Evet

Hayır

18. Evliliğinizin ilk gecesinde cinsel ilişkiniz nasıl geçti?

Cinsel ilişkiye girmedik

Kanama ve/veya acı sonrası cinsel ilişkiyi devam ettiremedik

Mecbur olduğum için cinsel ilişkiye razı oldum

Mecbur olduğum için başladım ama keyif aldım

Keyif aldım, orgazm yaşamadım

Orgazm yaşadım

19. Eşinizin fiziki görünümünden memnun musunuz?

Memnunum

Memnun değilim

Kararsızım

20. Kendinizin fiziki görünümünden memnun musuz?

Memnunum

Memnun değilim

Kararsızım

21. Kadın ya da erkek olmaktan memnun musunuz?

Memnunum

Memnun değilim

Kararsızım

22. Cinsel hayatınızdan memnun musunuz?

Memnunum

Memnun değilim

Kararsızım

23. Evliliğiniz sırasında başka bir ilişkiniz oldu mu?

Duygusal

Cinsel

Hem duygusal hem cinsel ilişkim oldu

Olmadı

24. Evlendikten sonra hiç masturbasyon yaptınız mı?

Sık sık

Zaman zaman

Nadiren

Hiç yapmadım

25. Eğer masturbasyon yapıyorsanız bundan eşinizin haberi var mı?

Evet

Hayır

26. Cinsel konuları eşinile rahatlıkla konuşur musunuz?

Evet

Hayır

27. Genellikle cinsel ilişki isteği kimden gelir?

Eşimden

Benden

28. Eşiniz cinsel ilişkide bulunma isteğinizi geri çevirirse kendinizi nasıl hissedersiniz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Anlayışla karşılarım

Kendime kızarım

Eşime kızarım

Üzülürüm

Küserim

Kendimi reddedilmiş hissederim

29. Cinsel ilişkiye girmeden önce ön sevişme yapar mısınız?

Evet

Hayır

30. Hangi sıklıkta cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?

Haftada 2-3 kez

Haftada 1 kez

Ayda 2-3 kez

Yılda birkaç kez

Hiç cinsel ilişkide bulunmuyoruz

31. Cinsel ilişki sırasında eşinizin tavrı nasıldır?

Eşim kendisini düşünür

Eşim beni de düşünür

Eşim daha çok beni düşünür

Birlikte hareket ederiz

32. Sizce cinsel ilişkide orgazma ulaşmak kimin için daha önemlidir?

Kadın

Erkek

Her ikisi için de önemlidir

33. Hiç orgazm yaşadınız mı?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hangi sıklıkta orgazm yaşarsınız?

Sık sık

Zaman zaman

Nadiren

34. Cinsel ilişkiden sonra kendinizi nasıl hissedersiniz?

Rahat

Gergin

Kirli

Suçlu

EK 2. HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)

HAM1 Çökkün duygudurum	0	1	2	3	4
HAM2 İş ve etkinlikler	0	1	2	3	4
HAM3 Genital belirtiler (cinsel ilgi)	0	1	2		
HAM4 Somatik belirtiler (gastrointestinal)	0	1	2		
HAM5 Erken uykusuzluk (uykuya dalma güçlüğü)	0	1	2		
HAM6 Orta uykusuzlık (uykuyu sürdürme güçlüğü)	0	1	2		
HAM7 Geç uykusuzluk (erken uyanma)	0	1	2		
HAM8 Genel bedensel belirtiler	0	1	2		
HAM9 Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
HAM10 İntihar	0	1	2	3	4
HAM11 Ruhsal anksiyete	0	1	2	3	4
HAM12 Bedensel anksiyete	0	1	2	3	4
HAM13 Hipokondriyasis	0	1	2	3	4
HAM14 İçgörü (içgörü kaybı)	0	1	2		
HAM15 Retardasyon	0	1	2	3	4
HAM16 Ajitasyon (huzursuzluk)	0	1	2	3	4
HAM17 Kilo kaybı (zayıflama)	0	1	2		

EK 3. HAMİLTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar,hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir.
3. Şiddetli (sürekli hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

1.ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2.GERİLİM:Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri,kolayca ağlamaya başlama, ürperme,yerinde duramama,gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR:Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4.UYKUSUZLUK:Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku,doyurucu olmayan uyku,uyanıldığında bitkinlik,düşler,karabasanlar, gece korkuları	0	1	2	3	4
5.ENTELEKTÜEL(kognitif)Konsantrason güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6.DEPRESİF MİZAÇ:İlgi yitimi,hobilerden zevk alamama,depresyon, erken uyanma,gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7.SOMATİK (Musküler):Ağrılar,seyirmeler,kas gerginliği,miyoklonik sıçramalar diş gıcırdatma,titrek konuşma,artış kas tonusu.(Duygusal):Kulak çınlaması, görme bulanıklığı,sıcak ve soğuk basmaları,güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8.KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR:Taşıkardi,çarpıntı,göğüste ağrılar, damarların titreşmesi baygınlık duygusu,ekstrasistoller.	0	1	2	3	4
9.SOLUNUM SEMPTOMLARI:Göğüste baskı veya sıkışma,boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
10.GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR:Yutma güçlüğü,barsaklarda gaz, karın ağrısı,yanma duyumları,karında dolgunluk,bulantı,kusma,gurultu, ishal,kilo kaybı,konstipasyon	0	1	2	3	4
11.GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR:Sık işeme,amenore,menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
12.OTOMATİK SEMPTOMLAR:Ağız kuruluğu,yüz kızarması,solgunluk, terleme eğilimi,baş dönmesi,gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
13.GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ:Yerinde duramama,huzursuzluk veya gezinme,ellerde titremeler,alında kırışma,gergin yüz,iç çekme veya hızlı soluma,yüz solgunluğu,yutkunma,geğirme,canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller,egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM PUAN :----------
PSİŞİK (1,2,3,5,6) :----------
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13) :----------
Değerlendiren Dr. :----------

EK 3. MAUDSLEY OBSESİF KOMPÜLSİF SORU LİSTESİ (MOKSL)

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa "DOĞRU"yu uygun değilse "YANLIŞ"ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

		DOĞRU	YANLIŞ
1.	Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2.	Sık sık hoşa gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3.	Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm		
4.	İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5.	Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6.	Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7.	Değişmez kurallarım vardır.		
8.	Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9.	Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.		
10.	Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11.	Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı.		
12.	Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.		
13.	Çok fazla sabun kullanırım.		
14.	Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15.	Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16.	Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17.	Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18.	Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19.	Pis tuvaletlere giremem.		
20.	Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21.	Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22.	Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.		
23.	Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24.	Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.		
25.	Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayrım.		
26.	Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27.	Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28.	Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29.	Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30.	Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31.	Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32.	En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33.	Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34.	Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim.		
35.	Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.		
36.	Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37.	Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

Kontrol Etme Altölçeği

Temizlik Altölçeği

Yavaşlık Altölçeği

Kuşku Altölçeği

Ruminasyon Altölçeği

EK 4. ÇOK BOYUTLU MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖLÇEĞİ

Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Aşağıda kişilik özellik ve davranışlarına özgün bir ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra o görüşe ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Kesinlikle katılıyorsanız 7 rakamını, kesinlikle katılmıyorsanız 1 rakamını işaretleyiniz. Bu iki görüş arasındaki düşüncelerinizi rakamlardan sizce en uygun olanını yuvarlak içine alarak ifade edebilirsiniz. Eğer bir ifade ile ilgili fikriniz yoksa yada kararsızsanız 4 rakamını işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyorum						***Tamamen Katılıyorum***
1) Bir iş üzerinde çalıştığımda, iş kusursuz olana kadar rahatlayamam.	1	2	3	4	5	6	7
2) Başkalarını kolay pes ettikleri için eleştirmem.	1	2	3	4	5	6	7
3) Yakınlarımın başarılı olmaları gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7
4) Arkadaşlarımı en iyisinden aşağısına razı oldukları için pek eleştirmem.	1	2	3	4	5	6	7
5) Başkalarının benden beklentilerini karşılamakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
6) Amaçlarımdan bir tanesi yaptığım her şeyde mükemmel olmaktır.	1	2	3	4	5	6	7
7) Başkaları yaptıkları her şeyin en iyisini yapmalıdırlar.	1	2	3	4	5	6	7
8) İşlerimde asla mükemmelliği hedeflemem.	1	2	3	4	5	6	7
9) Çevremdekiler benim de hata yapabileceğimi kolayca kabul ederler.	1	2	3	4	5	6	7
10) Bir yakınımın yapabileceğinin en iyisini yapmamış olması benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7
11) Bir işi ne kadar iyi yaparsam çevremdekiler daha da iyisini yapmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
12) Mükemmel olma ihtiyacını çok az hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
13) Yaptığım bir şey kusursuz değilse çevremdekiler tarafından yetersiz bulunur.	1	2	3	4	5	6	7
14) Olabildiğim kadar mükemmel olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
15) Giriştiğim her işte mükemmel olmam çok önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
16) Benim için önemli olan insanlardan beklentilerim yüksektir.	1	2	3	4	5	6	7
17) Yaptığım her şeyde en iyi olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
18) Çevremdekiler yaptığım her işte başarılı olmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
19) Çevremdeki insanlar için çok yüksek standartlarım yoktur.	1	2	3	4	5	6	7

20) Kendim için mükemmelden daha azını kabul edemem.	1	2	3	4	5	6	7
21) Başkalarının benden hoşlanması için her konuda üstün başarı göstermem gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7
22) Kendilerini geliştirmek için uğraşmayan kişilere değer vermem.	1	2	3	4	5	6	7
23) Yaptığım işte hata bulmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7
24) Arkadaşlarımdan çok şey beklemem.	1	2	3	4	5	6	7
25) Benim için başarı, başkalarını memnun etmek için daha çok çalışmak anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
26) Birisinden bir iş yapmasını istersem, o işi mükemmel yapmasını beklerim.	1	2	3	4	5	6	7
27)Yakınlarımın hata yapmasına tahammül edemem.	1	2	3	4	5	6	7
28) Hedeflerimi belirlemede mükemmeliyetçiyimdir.	1	2	3	4	5	6	7
29) Değer verdiğim kişiler beni hiç bir zaman hayal kırıklığına uğratmamalıdırlar.	1	2	3	4	5	6	7
30) Başarısız olduğum zamanlar bile başkaları yetersiz olduğumu düşünmezler.	1	2	3	4	5	6	7
31) Başkalarının benden çok şey beklediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
32) Her zaman yapabileceğimin en iyisini yapmaya çalışmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
33) Bana göstermeseler bile, hata yaptığım zaman diğer insanlar bana çok bozulurlar.	1	2	3	4	5	6	7
34) Yaptığım her işte mükemmel olmak zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6	7
35) Ailem benden mükemmel olmamı bekler.	1	2	3	4	5	6	7
36) Kendime yüksek hedefler koymam.	1	2	3	4	5	6	7
37) Annem ve babam, hayatımın her alanında en başarılı olmamı pek beklemezler.	1	2	3	4	5	6	7
38) Sıradan insanlara değer veririm.	1	2	3	4	5	6	7
39) İnsanlar benden mükemmelden aşağısını kabul etmezler.	1	2	3	4	5	6	7
40) Kendim için çok yüksek standartlar koyarım.	1	2	3	4	5	6	7
41) İnsanlar benden varabileceğimden fazlasını beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
42) Okulda veya işte her zaman başarılı olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
43) Bir arkadaşımın elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışması benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7
44) Hata yapsam bile, etrafımdaki insanlar yetersiz ve beceriksiz olduğumu düşünmezler.	1	2	3	4	5	6	7
45) Çevremdekilerin yaptığı her şeyde üstün başarı göstermelerini pek beklemem.	1	2	3	4	5	6	7

Ölçek hakkında bilgiler: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğinin üniversite öğrencileri için Türkçe uyarlama çalışması Oral (1999) tarafından yapılmıştır.

EK 5. GOLOMBOK & RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

ERKEK FORMU	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1) Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
2) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
3) Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
4) Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz boşalmayı geciktirebilir misiniz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
5) Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
6) Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsızlık duyar mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
7) Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
8) Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
9) Eşinizle, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
10) İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
11) Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevki ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
12) Eşinizin, cinsel organınıza dokunup, okşamasından zevk alır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
13) Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
14) Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
15) Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
16) Önsevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
17) Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (Hastalık gibi nedenler dışında)	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
18) Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
19) Eşinizle sevişmek istediğinizde ilişkiyi siz başlatır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
20) Eşinizin sizi sevik okşamasından hoşlanır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
21) İstediğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
22) Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
23) Cinsel birleşme sırasında cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
24) Cinsel organınızın eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
25) Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
26) Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
27) Cinsel organınızın eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
28) Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)

KADIN FORMU	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1) Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
2) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını söyleyebilir misiniz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
3) Bir hafta bouynca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu (Adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
4) Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
5) Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
6) Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
7) Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
8) Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
9) Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
10) Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
11) Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
12) Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
13) Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
14) Sizin için doyuma (orgazm) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
15) Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
16) Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
17) Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
18) Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
19) Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
20) Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
21) Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
22) Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
23) Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
24) Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
25) Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
26) Sevişme sırasında cinsel organınız-da ıslaklık olur mu?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
27) Cinsel birleşme anında hoşlanır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)
28) Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)