



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**CİNSEL ORGANLARDA-PELVİSTE AğRI VE İE GİRME
BOZUKLUğU OLAN KADINLARDA DUYGUSAL şEMALARIN
VE ÜST BİLİşLERİN SAğLIKLI KONTROLLERLE
KARşILAşTIRILMASI**

Dr. Gülşen TEKSİN ÜNAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**CİNSEL ORGANLARDA-PELVİSTE AğRI VE İÇE GİRME
BOZUKLUğU OLAN KADINLARDA DUYGUSAL ŞEMALARIN
VE ÜST BİLİŞLERİN SAğLIKLI KONTROLLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Gülşen TEKSİN ÜNAL

Tez Danışmanı: Uzm.Dr.Özge ŞAHMELİKOğLU ONUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018

I. ÖNSÖZ

Sağladığı çalışma ortamı ve eğitimime olan katkılarından dolayı hastanemiz Başhekimini Sayın Doç. Dr. Murat ERKİRAN'a;

Asistanlığımın son döneminde çalışma şansına eriştiğim ve asistanı olarak bitirmekten onur duyduğum klinik şefim Doç. Dr. Evrim ERTEN'e;

Farklı dönemlerde birlikte çalışma fırsatı bulduğum eski klinik şeflerim Doç. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ ve Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na;

Pozitif enerjisi ve motivasyonu ile her zaman kapısının açık olduğunu hissettiren Uz. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR'a;

Akademik vizyonu ve yol göstericiliğiyle birlikte çalışmaktan onur duyduğum Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ ve Doç. Dr. Yavuz ALTUNKAYNAK'a; rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden yararlanma şansına ulaştığım eğitim sorumlularım, Doç. Dr. Fulya MANER, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ, Doç. Dr. Ayhan KÖKSAL, ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e; Uz. Dr. Sevdâ BAĞ başta olmak üzere deneyimlerinden çok şey öğrendiğim uzmanlarıma;

Bakırköy'deki canım arkadaşım Merve'ye; hayatıma kattıkları güzellikler için minnet duyduğum dostlarım Gizem, Sitare ve Pınar'a; Suat başta olmak üzere birlikte çalıştığım tüm H3 asistanlarına;

Özverisine büyük saygı duyduğum, ablamız Betül ÇİRÇİ ve Cemre başta olmak üzere hakları ödenemez tüm H3 hemşirelerine ve personeline;

Beni bu günlere sevgi ve saygı kelimelerinin anlamlarını bilecek şekilde yetiştirerek getiren ve benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, başarımın asıl mimarları babam Resul TEKSİN ve annem Soncan TEKSİN'e; arkadaşım, canım, biricik ablam Gülen TEKSİN'e sonsuz teşekkürler.

Aynı rahmi paylaşp her daim yan yana olduğum, tıp fakültesinde ve hekimlik sürecim sonrasında psikiyatri mesleğinde de yoluma yoldaş olmuş ikiz kardeşim ve hayat ışığım Psikiyatri Uzmanı Dr. Meryem Gül TEKSİN'e canı gönülden teşekkür ederim.

Hayatımın her anında, her alanında koşulsuz sevgi ve desteğiyle yanımda olan, zor zamanlarımda elimi sımsıkı tutan ve yüzümü güldürmek için elinden geleni yapan hayat arkadaşım, eşim, Arif Göktaş ÜNAL'a;

Bu çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarıma özellikle teşekkür ederim...

Dr. Gülşen TEKSİN ÜNAL
İstanbul, 2018

II. İÇİNDEKİLER

I. ÖNSÖZ	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR.....	viii
VI. TABLO LİSTESİ.....	ix
VII. ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Cinsellik.....	7
2.1.1 Cinsel Fizyoloji ve Cinsel Yanıt Döngüsü.....	7
2.1.2. Basson'un Cinsel Yanıt Döngüsü	10
2.2. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	11
2.3. Vajinismus.....	13
2.3.1. Tanım	13
2.3.2. Tarihçe.....	14
2.3.3. Vajinismus tipleri	16
2.3.4. Etiyopatogenez	18
2.3.5. Yaygınlık.....	25
2.3.6. Tanı ve Ayırcı Tanı.....	26
2.3.7. Tedavi Yaklaşımları	29
2.3.8. Metakognitif Terapi ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	34
2.3.9. Duygu odaklı terapi ve Cinsel İşlev Bozuklukları	34
2.3.10. Tedavi Prognozu	35
2.4. Üst Bilişel Kuram	37
2.4.1. Üst Biliş ve Psikopatoloji.....	41
2.4.2. Üst Biliş ve Cinsel İşlev Bozuklukları	42
2.4.3. Metakognitif Terapi ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	42
2.5. Duygusal Şemalar	42
2.5.1. Duygusal Şema ve Psikopatoloji.....	46
2.5.2. Şemalar ve Cinsel İşlev Bozuklukları	47
2.5.3. Cinsel İşlev Bozukluklarında Duygu Odaklı Terapi ve Şema Terapi.....	48
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	50

3.1. Çalışma Evreni Ve Örneklem	50
3.2. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	50
3.3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	51
3.4. Veri Toplama Ve Değerlendirme Gereçleri.....	51
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	51
3.4.2. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu (GRCDÖKF)	51
3.4.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ).....	53
3.4.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)	53
3.4.5. Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ)	53
3.4.6. Leahy Duygusal Şema Ölçeği (LDŞÖ).....	53
3.4.7. Üst biliş Ölçeği (ÜBÖ)	54
3.5. İşlem.....	54
3.6. Araştırmanın İstatistiği.....	55
4. BULGULAR	56
5. TARTIŞMA	79
5.1.Tanımlayıcı Verilerin Değerlendirilmesi.....	79
5.2. Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi	83
5.3. Vajinal Penetrasyona Yönelik Bilişlerin Değerlendirilmesi.....	83
5.4. Cinsel Doyum ve Fonksiyon İle İlgili Değerlendirmeler.....	85
5.5. Duygusal Şemalar İle İlgili Değerlendirmeler	86
5.6. Üst Bilişlerin Değerlendirilmesi	89
5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları Ve Literatüre Katkıları Üzerine Değerlendirmeler.....	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	91
7. KAYNAKLAR	93
8. ÖZGEÇMİŞ.....	115
9. EKLER.....	118
EK 1 - Etik Kurul Onayı.....	118
Ek 2 - Sosyodemografik Veri Formu	119
EK 3 - Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ).....	135
EK 4 - Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği	138
EK 5 - Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A).....	144
EK 6 – Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği.....	151
EK 7 – Leahy Duygusal Şema Ölçeği	153
EK 8 – Üst Biliş Ölçeği.....	155

III. ÖZET

CİNSEL ORGANLARDA-PELVİSTE AĞRI VE İÇE GİRME BOZUKLUĞU OLAN KADINLARDA DUYGUSAL ŞEMALARIN VE ÜST BİLİŞLERİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Gülşen TEKSİN ÜNAL

AMAÇ: Bilişlerin ve şemaların incelenmesinin cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde önemli olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmanın amacı Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı ve İçe Girme Bozukluğu (COPAİGB) olan kadınlarla sağlıklı kadınların; üst bilişler ve duygusal şemalar açısından karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM: Psikiyatri polikliniklerine başvuran çalışmanın işleme ve dışlama ölçütlerine uyan 135 COPAİGB olan kadın ve 136 sağlıklı kadın çalışmaya dahil edilmiş olup sosyodemografik veri formu, SCID-1, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu, Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ), Leah Duygusal Şema Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği uygulandı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ kabul edildi.

BULGULAR: COPAİGB olan kadınlarda ÜBÖ toplam puanı, endişeye dair olumlu inançlar, bilişsel farkındalık ihtiyacı, düşünceleri kontrol ihtiyacı, kontrol edilmezlik ve tehlikeye karşı olumsuz inançlar istatistiksel anlamda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). COPAİGB olan grupta duygularla baş etme stratejilerinden; kontrol edilmezlik, duygulara karşı zayıflık, akılcılık isteği (rasyonellik), ruminasyon, duyguları zararlı görme, duygulardan kaçınma, farklılık ve suçluluk kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken; hisleri kabullenme ve anlaşılabilirlik boyutları ise kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). VPBÖ’de penetrasyona yönelik olumlu bilişler dışındaki alt boyut puanlarının tümü COPAİGB olan kadınlarda sağlıklılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$).

SONUÇ: Elde ettiğimiz sonuçlar COPAİGB olan kadınların tedavisinde üst bilişlerin ve duygusal şemaların ele alınmasının önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel İşlev Bozuklukları, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı Ve İç Girme Bozukluğu, Vajinismus, Üst Biliş, Duygusal Şema

İletişim Adresi: teksingulsen@gmail.com



IV. ABSTRACT

COMPARISON OF THE EMOTIONAL SCHEMA AND METACOGNITION IN WOMEN WITH GENITO-PELVIC PAIN/PENETRATION DISORDER AND THE HEALTHY WOMEN

Dr. Gülşen TEKSİN ÜNAL

OBJECTIVE: There are studies showing that evaluation of cognitions and schemas might be important in treatment process of sexual disorders. The aim of this study is to compare meta-cognitions and emotional schemas of women with Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD) and the health women.

METHODOLOGY: 135 GPPPD women who applied to psychiatric clinics and met the criteria of study, and 136 healthy women were included in the study. Evaluations were made according to sociodemographic data form, SCID-1, The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction, Vaginal Penetration Cognition Questionnaire, Metacognitions Questionnaire, Leah Emotional Schema Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale and Hamilton Depression Rating Scale. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

RESULTS: Women with GPPPD had statistically significantly higher score ($p < 0.05$) on Metacognitions Questionnaire total score, positive beliefs about worry, cognitive confidence, cognitive self-consciousness, the need to control thoughts, uncontrollability and danger ($p < 0.05$). In the GPPPD group, of the strategies to cope with emotions; control, emotional vulnerability, rationality, rumination, perceiving emotions as harmful, emotional avoidance, difference and guilt scores were found to be statistically significantly higher than the control group ($p < 0.05$). The acceptance of feelings and comprehensibility dimensions were found to be statistically significantly higher in the control group ($p < 0.05$). In Vaginal Penetration Cognition Questionnaire, except positive beliefs about penetration, all other sub-dimensions had statistically higher score in GPPPD group than the control group ($p < 0.05$).

CONCLUSION: The results we have obtained suggest that considering metacognitions and emotional schemas might be important in the treatment process of women with GPPPD.

Keywords: Sexual Dysfunctions, Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder, Vaginismus, Metacognition, Emotional Schema

Contact e-mail: teksingulsen@gmail.com



V. KISALTMALAR

BDS	: Bilişsel Dikkat Sendromu
CİB	: Cinsel İşlev Bozuklukları
COPAİGB	: Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı ve İçerme Bozukluğu
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
EMG	: Elektromyografi
GRCDÖKF	: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu
HADÖ	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
LDŞÖ	: Leah Duygusal Şema Ölçeği
SCID-1	: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
ÜBÖ	: Üst Biliş Ölçeği
VPBÖ	: Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Üst Bilişle İlgili Önemli Kavramlar ve Açıklamalar	38
Tablo 2: Vaka ve Kontrol Grubunun Yaş ve Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması	56
Tablo 3: Vaka ve Kontrol Grubunun Çalışma ve Gelir Kaynakları Açısından Karşılaştırılması	56
Tablo 4: Vaka ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	57
Tablo 5: Vaka ve Kontrol Grubunun Eş ve Evlilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	58
Tablo 6: Vaka ve Kontrol Grubunun Evlilik Şekli Açısından Karşılaştırılması.....	59
Tablo 7: Hastaların Eşlerinin Psikopatolojiye Yönelik Tutumunun Değerlendirilmesi	60
Tablo 8: Vaka ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.	61
Tablo 9: Vaka ve Kontrol Grubunun Fobiler Açısından Karşılaştırılması	62
Tablo 10: Vaka ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	63
Tablo 11: Vaka ve Kontrol Grubunun Çocuklukta Uğradıkları Fiziksel Şiddet Davranışı Açısından Karşılaştırılması	63
Tablo 12: Vaka ve Kontrol Grubunun Dini İnanç ve İbadet Dağılımları Açısından Karşılaştırılması	64
Tablo 13: Vaka ve Kontrol Grubunun İlk Cinsel Bilgilerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 14: Vaka ve Kontrol Grubunun İlk Cinsel Bilgiyi Nereden Edindiklerinin Karşılaştırılması	65
Tablo 15: Vaka ve Kontrol Grubunun Ailelerinin Cinselliğe Karşı Tutumunun Karşılaştırılması	66
Tablo 16: Vaka ve Kontrol Grubunun İlk Menarşe Verdikleri Tepkiler Açısından Karşılaştırılması	66
Tablo 17: Vaka ve Kontrol Grubunun Masturbasyon Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması	67

Tablo 18: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsel Özellikler Açısından Karşılaştırılması	67
Tablo 19: Vaka ve Kontrol Grubunun Evlilik Öncesi Cinsel Aktivitelerinin Karşılaştırılması	68
Tablo 20: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	70
Tablo 21: Hastaların Birleşme Denemelerine Eşlik Eden Bulgularını Değerlendirilmesi.....	71
Tablo 22: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsellikte Kaçındıkları Durumlar Açısından Karşılaştırılması	72
Tablo 23: Hastaların TarafımızaYönlendirilme Şekli, Başvuru Şekli, Şimdiye Kadar Bahsettikleri Kişiler ve Başvurulan Yerlerin Değerlendirilmesi	73
Tablo 24: Hastaların Başvurmadan Önceki Tedavi Yöntemleri, Sonuçları ve Tedaviye Gelme Motivasyonlarının Değerlendirilmesi.....	74
Tablo 25: Vaka ve Kontrol Grubunun Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması	74
Tablo 26: Vaka ve Kontrol Grubunun Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	75
Tablo 27: Vaka ve Kontrol Grubunun Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	76
Tablo 28: Vaka ve Kontrol Grubunun Leah Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	76
Tablo 29: Vaka ve Kontrol Grubunun Üst Biliş Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	78

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Kadında cinsel yanıt döngüsü	10
Şekil 2: Basson'un Cinsel Yanıt Döngüsü	11
Şekil 3: Üst Biliş (üst-düzey) ve Bilişin (nesne-düzeyi) Bağlantıları ve İşleyiş Çerçevesi.....	39
Şekil 4: Duygu Şema Modeli	45
Şekil 5: GRDCÖKF alt boyutları.....	52
Şekil 6: Vaka ve Kontrol Grubunun Eş ve Evlilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	58
Şekil 7: Vaka ve Kontrol Grubunun Evlilik Şekli Açısından Karşılaştırılması.....	59
Şekil 8: Vaka ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması..	61
Şekil 9: Vaka ve Kontrol Grubunun Fobiler Açısından Karşılaştırılması	62
Şekil 10: Vaka ve Kontrol Grubunun Çocuklukta Uğradıkları Fiziksel Şiddet Davranışı Açısından Karşılaştırılması	64
Şekil 11: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsel Özellikler Açısından Karşılaştırılması	68
Şekil 12: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	71
Şekil 13: Vaka ve Kontrol Grubunun Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	75
Şekil 14: Vaka ve Kontrol Grubunun Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	76
Şekil 15: Vaka ve Kontrol Grubunun Leah Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	77
Şekil 16: Vaka ve Kontrol Grubunun Üst Biliş Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	78

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Vajinismus; 1861 yılında Sims tarafından, cinsel birleşmeyi engelleyen vajinal spazm olarak tanımlanmıştır ve günümüze kadar çok az değişmiştir (1). Vajinismus (L. vagina: kılıf; –ismus: eylem, edim); vajen dış üçte birlik kısımdaki kasların cinsel birleşmeyi engelleyecek şekilde kasıldığı ya da bu kasılma sonucunda birleşmenin son derece ağrılı olduğu bir bozukluktur. Çoğu zaman tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması, korku, kaçınma tepkisi ve birleşmenin gerçekleşmeyeceği inancı da bu bozukluğa eşlik eder. Bu spazm cinsel etkinliklerle ilişkili ağrı ve korkunun sonucunda koşullu bir yanıt olarak da ifade edilebilir. Cinsel birleşme denemesi sırasında ortaya çıkan fiziksel ağrının yanı sıra ortaya çıkan şiddetli ruhsal sıkıntı fobi düzeyinde ciddi bir soruna yol açar. Çoğunlukla bu belirtilere kaçınma eşlik eder. Sonuçta spazm, fobi ve kaçınma birbirini besleyen bir kısır döngüye yol açar (2).

Ülkemizde birinci basamağa başvuran premenopozal kadınlarda CİB prevalansının araştırıldığı bir çalışmada %41.7 oranında vajinismus saptanmıştır (3). Yine ülkemizde CİB alanında özelleşmiş kliniklere başvuran kadınların %41-75.9 arasında değişen oranlarda vajinismus sorunu yaşadığı bildirilmiştir (4-8). Herhangi bir cinsel yakınma ile CİB kliniklerine başvuran kadınların değerlendirildiği Batı kaynaklı çalışmalarda oran %12-42 arasında değişmektedir (9-12). İran’da Shokrollahi ve arkadaşlarının çalışmasında aile planlamasına başvuran kadınların %8’inde vajinismus saptanmıştır (13).

Vajinismus oluşumu birçok etkenle ilişkilendirilmiştir. Bu etkenlere şunlar örnek verilebilir: vajinismus tanılı kadınların ve ailelerinin özellikleri (14), cinsel ve fiziksel kötüye kullanım (15-17), cinselliği ve cinsel organları iğrenç bulma ve cinselliğe yönelik olumsuz tutum (18-19), cinsel bilgi-eğitim eksikliği (20-22), cinsellik hakkında çeşitli kötü düşünce ve imajlara sahip olma (23,24), dinsel tutuculuk (24), evlilikte ilişki sorunları (25,26) ve çiftler arasındaki uyumsuzluk (27), hamile kalma korkusu (18), cinsellikle ilgili suçluluk duygusu (28), vajinanın cinsel ilişkinin gereksinimini karşılamak için yetersiz olması gibi bedene yönelik olumsuz algılar (18,29), tehdit edici bir durum karşısında gösterilen genel savunma yanıtının

bir biçimi (30), ağrıya karşı bir tepki veya korku refleksi, vajinismuslu kadınların kendine güvensizlik ve yetersizlik duyguları (31) ve yoğun anksiyete (31). Vajinismus, kişilik özellikleri ile de ilişkilendirilmiştir (22). Friedman, bozuk evlilik ilişkisi olan kadınların cinsellikle ilgili çelişkili duygularıyla mücadele için kullanmış oldukları savunma mekanizmalarının bir süre sonra kişilik kalıplarının bir parçası haline geldiğini öne sürmüştür (32).

DSM-5'te vajinismus ve dispareni tanıları aynı tanı kategorisi altında toplanmıştır (33). Vajinismus, daha önceki DSM sınıflamalarında vajina kaslarında kasılma ve bu nedenle birleşmenin gerçekleşmemesi şeklinde özetlenen kısıtlı bir görüş yerine daha kapsayıcı bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Yeni tanımlamada, birleşmenin gerçekleşmemesi ve pelvik taban kaslarında kasılmanın yanı sıra, birleşme esnasında ağrı ya da birleşmeye yönelik kaygı ya da korku da bir ölçüt olarak yer almıştır. Bu durum, vajinismusun cinsel birleşme kuramına, pelvik taban kaslarında kasılma, birleşmede ağrı ve zorlanma, birleşmeden kaçınma davranışları gibi çok sayıda görünüşleri olabilen bir klinik tablo oluşu ile örtüşmektedir (34). Cinsel ilişki öncesinde, sırasında ya da sonrasında yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak genital ağrı duyumu olarak tanımlanmış olan dispareninin; organik bir etiyoloji saptanamadığında cinselliğe dair korku ve kaygılardan kaynaklandığı kabul edilmektedir. Vajinismus ile yakından ilişkilidir ve birbirlerinin ortaya çıkmasına yol açabilirler, bu nedenlerle aynı tanı kategorisine alınmaları uygun bulunmuştur (35).

Üst-biliş terimi ilk kez 1971 yılında Flavell tarafından kullanılmıştır (36,37). Flavell, 70'li yıllarda çocukların belleklerinin işlevleri, sınırları ve kullandıkları stratejiler üzerinde yaptığı araştırmalarının bir sonucu olarak, üst bellek (metamemory) kavramını ortaya atmış; daha sonra bu kavramı genişleterek "bireyin kendi bellek ve öğrenme süreçleri üzerindeki kontrolünü" ifade etmek üzere 'üst biliş' terimini kullanmıştır (38). Üst biliş, Flavell'den bu yana çok boyutlu ve kapsayıcı bir yapı olarak anlatılmaktadır. Flavell'a göre üst (39) biliş; üst bilişsel bilgiler, üst bilişsel deneyimler, amaçlar (görevler) ve stratejilerden meydana gelir. Brown üst biliş (40); bilişsel bilgi ve bilişin düzenlenmesi olarak iki kısma ayırmıştır. Her iki sınıflamada da ikinci boyutlar, kişinin kendi bilişlerini izlemesi, denetlemesi ve düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Wells ise üst bilişin üç ana

boyutu olduğunu iddia etmektedir. Bu boyutlar üst bilişsel bilgi, üst bilişsel deneyimler ve üst bilişsel kontrol stratejileridir. Üst bilişsel kurama göre psikolojik bozukluklar ‘Bilişsel Dikkat Sendromu’ (BDS) olarak adlandırılan toksik düşünme biçimine bağlıdır. BDS; ruminasyon, endişe (worry), tehlikeye odaklanma ve faydasız baş etme davranışlarından (düşünce kontrol stratejileri ve davranışsal, bilişsel ve duygusal kaçınma) oluşur. BDS, kişinin düşünme süreci hakkındaki yanlış inançları (üst bilişsel inançlar) tarafından kontrol edilir. Olumlu üst-bilişsel inançlar BDS’nin oluşumuna neden olan bilişsel aktiviteleri yapmanın avantajları ve faydaları ile ilişkilidir (örn. gelecek hakkında endişelenmek tehlikelerden kaçınmama yardım eder). Olumsuz üst bilişsel inançlar düşüncelerin ve bilişsel deneyimlerin kontrol edilemezliği, önemi, anlamı ve tehlikeliliği ile ilişkilidir (örn. endişelenmek aklıma zarar verecek) (41).

CİB’de üst bilişsel modeller merak edilmiştir. Erkek CİB ile ilgi bir çalışmada metakognitif inançlar araştırılmış ve bozukluğun başlangıcında ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynayabileceğini düşündüren bulgulara rastlanmıştır (42). Vajinismusta spesifik olarak metakognitif bağlamda olmasa da; ruminasyon, endişe (worry), tehlikeye odaklanma ve faydasız baş etme davranışlarından (düşünce kontrol stratejileri ve davranışsal, bilişsel ve duygusal kaçınma gibi) BDS komponentlerinden birkaçının araştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, yaşam boyu vajinismus olgularının cinsel fonksiyonlarının, biliş ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada, kaçınma davranışı vajinismus tanısı olan kadınlarda yüksek olarak bulunmuştur. Ek olarak penetrasyon sırasında kontrol kaybı hakkındaki endişe, penetrasyonla ilişkili negatif benlik imgesi bilişleri, felaketleştirme ve ağrıya spesifik bilişler ile cinsel/genital uyumsuzluk bilişleri kontrol grubuna göre daha fazla; penetrasyona yönelik olumlu bilişler daha az olarak bulunmuştur (43). Azalmış cinsel istek bozukluğu olan çiftlerde metakognitif terapinin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada; cinsel istek; metakognitif terapi uygulanan grupta, Master and Johnson cinsel terapi tekniğinin uygulandığı gruba göre belirgin olarak artmış olduğu gösterilmiştir. Gelecekte cinsel davranışla ilgili üst bilişsel modele daha fazla odaklanmanın tedavi başarısını artırabilecek olup olmadığına yönelik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (44).

Bilişsel teorisyenler, duyguların rolünü; olumsuz şemalar veya düşüncelerin, olumsuz içerikle ilgili hafıza ve seçici dikkatin harekete geçmesi için başlatıcı bir faktör olarak görürler (45). Beck ve arkadaşları kişilerin kendilerini belirli durumlarda yönlendiren bir dizi kuralı içeren duygusal, fiziksel, ilişkisel ve kararlarıyla ilgili şemaları olduğunu göstermişlerdir. İşlevsellikteki bozulma, bu şema süreçlerinin herhangi birinin dışı vurumudur. Beck, bu şemaların üzerinde duran daha üst ve organize bir yapı önermiştir. Bu üst yapıdan, anksiyete, depresyon ve öfkeyi içeren ‘mod’ olarak bahsetmiştir. Son dönemde yapılan bazı araştırmalar, duyguların bilişlerden sonra ortaya çıktığına dair yaygın görüşün tutarsızlığını açık bir şekilde yansıtmaktadır (46-51). Duygular sıklıkla bilişi önceler ancak daha da önemlisi, bilgi edinme süreçlerine hayati katkılarda bulunur (52-55). Leahy (56); Wells ve arkadaşlarının üst bilişsel işleme modelinin üzerine inşa ettiği bir model geliştirmiş ve bir duyguya yanıt olarak kullanılan planlar, yaklaşımlar ve stratejileri “duygusal şema” olarak adlandırmıştır. Leahy’nin modelini Wells’in üst bilişsel modelinden ayıran en önemli özellik ‘başa çıkma stratejilerine’ yaptığı vurgudur. Her iki kuramda da bir duygu belirlediğinde ilk aşama dikkatinin duyguya yönelmesi olarak kabul edilmektedir. Wells’ten farklı olarak, Leahy’nin modelinde ikinci aşama ortaya çıkmakta ve ilgili duyguya yönelik duygusal ve bilişsel yaklaşım biçimleri harekete geçmektedir (57). Duygusal düzenleme (emotion regulation) bir duygu ile istenilmeyen bir düzeyde karşı karşı karşıya kalındığında kişilerin kullandığı herhangi bir baş etme stratejisini (sorunlu veya uyumlu) içerir. Emosyon regülasyonunun hemostatik bir termostata benzediğini anlamak önemlidir (56). Folkman and Lazarus duygu ile başetme üzerine sekiz strateji tanımlamıştır: olumlu tekrar değerlendirme, planlı sorun çözümü, kaçma-kaçınma, sosyal destek arama, kendini kontrol etme, uzaklaştırma, yüzleştirme (58). Altı emosyon regülasyon stratejisi (kabul, kaçınma, sorun çözme, yeniden değerlendirme, ruminasyon ve baskılama) ve dört psikopatolojik belirti (anksiyete, depresyon, yemek yeme, ve maddeye bağlı bozukluklar) arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir meta-analizde psikopatolojinin maladaptif stratejiler (ruminasyon, kaçınma, bastırma) ile daha fazla ilişkili, adaptif stratejiler (kabul etme, yeniden değerlendirme ve sorun çözme) ile daha az ilişkili olduğu saptanmıştır (59).

Yapılan çalışmalarda CİB olan kadınlarda başarısızlık, bağımlılık, yetersizlik, tehlikeye duyarlılık, değersizlik ve yalnızlık şemaları CİB olmayan kadınlara göre çok daha yüksek bulunmuştur (60). Yetersizlik, değersizlik, başarısızlık gibi şemaların kontrol grubuna göre oldukça fazla oranda görüldüğü ve başarısızlık, korku duygusu ve yetersizlik şemalarının vajinismusun en iyi öngörücülerinden olduğu gösterilmiştir (61). Bazı insanlar özellikle cinsellik ve saldırganlıkla ilgili hisler yaşadıklarında bunun yanlış olduğuna inanır ve suçluluk hissedebilirken diğerleri bu duygu ve fantezileri insan yaşantısının doğal bir parçası olarak kabullenirler. Nobre ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada cinsel bağlamdaki duygusal tepki olarak korkunun vajinismusun başlıca öngörücülerinden biri olduğunu ve kaçınma davranışının vajinismus hastalarında karakteristik olarak görülen başa çıkma biçimlerinden olduğunu belirtmişlerdir (61). Nobre, aynı zamanda korku ve kaçınma davranışının anksiyete bozukluğundaki ortaklığına dikkat çekmiştir (61). Leahy; duygusal şemaları özellikle anksiyete bozukluklarında olmak üzere kişinin bilişsel-davranışçı terapi sürecinde gerçekleşecek olan terapötik değişime olan direncinin altında yatan nedenlerden biri olarak görmektedir (62).

Geleneksel bilişsel-davranışçı seks terapisi, danışanın mevcut semptomları ve sürdürücü mekanizmalarına daha fazla odaklanarak danışanın zorluklarının daha geniş bağlamlarını ihmal etme eğiliminde olabilir. CİB'nin şema modelinde ele alınması, mevcut koşullar tarafından aktive edilen çekirdek gelişimsel, kişilik ve problemin ortaya çıkardığı bağlamsal faktörlerin detaylandırılmasına izin verirken, etkili kısa vadeli müdahaleleri kolaylaştıran odaklanmış tedavi yöntemi sağlayabilir (63). Duygu-odaklı terapi, danışanın hislerine yönelik artmış farkındalığı, toleransı, düzenlemeyi, dönüşümü ve kabullenmeyi sağlar. Greenberg'e göre duygu-odaklı çalışan terapist, danışanın duygu şemalarında değişikliği kolaylaştırmak için onun duygusal işlemesiyle çalışabilecek özel teknikler kullanır (51).

CİB her yönü ile klinik psikiyatri alanında giderek artan bir öneme sahip olmasına rağmen; bu alanın ülkemizde hem bireysel hem de toplumsal alanda tabu niteliğinde bir yapısının oluşundan ve cinsel işlevlerin sorgulanmasındaki güçlüklerden dolayı günümüze kadar yapılan çalışmaların sınırlı olduğu söylenebilir. Üst bilişsel kavrama uygun olarak Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı ve İçerme

Bozukluğu (COPAİGB), BDS ile tetiklenebilir, devam edebilir ve daha kötüye gidebilir. Ek olarak, bu düşünce işleme modeli pozitif ve negatif metakognitif inançlarla şekillenebilir. Ayrıca duygularla başa çıkmak için kullanılan faydasız başa çıkma stratejilerinin anlaşılması ve üzerinde çalışılması tedaviye olan direncin kırılmasına etkili olabilir. Bu çalışmada COPAİGB olan kadınlarda ve sağlıklı kadınlarda duygularla başa çıkma stratejileri ve üst bilişsel süreçlerin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Literatür incelendiğinde COPAİGB olan kadınlarda duygusal şemalar ve üst bilişleri araştıran çalışma bulunmamaktadır. COPAİGB olan hastaların tedavi sürecinde genelde davranışçı yaklaşımların kullanıldığı göz önüne alınacak olursa duygusal şemaların ve üst bilişlerin incelenmesi tedavi açısından yönlendirici olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Cinsellik

Dünya Sağlık Örgütü'nün 'Cinsel Sağlık' tanımına göre; "Cinsellik, fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve ilişkiyi zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde besleyen sağlıklılık halidir". Buna göre cinsel sağlığın hedefi yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sınırlandırılmış tıbbi bakım ve danışmanlık değil, aynı zamanda kişilik, kişilerarası ilişkiler ve cinsel yaşamın güçlendirilmesidir (64,65).

İnsan cinselliğiyle ilgili topluma sunulmuş ilk geniş kapsamlı araştırma, Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılan cinsel davranış biçimlerinin değerlendirildiği çalışmadır. 1938 ile 1952 yılları arasında toplanan verilerle ilgili istatistiklerden oluşan derlemeler, kişilerle yüzyüze yapılan görüşmelerde elde edilen ve kişilerin cinsel alışkanlıklarını, cinsel davranış şekillerini ve değerli epidemiyolojik bilgileri içermektedir (35,66).

İnsanda cinsel uyarılara verilen tepkinin anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili ilk kapsamlı bilgiler ise Masters ve Johnson'ın 1954 yılında başlattıkları çalışmaları sayesinde edinilmiştir. Master ve Johnson 10 yıl süren bu çalışmaları ile insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözlemlemiş ve objektif ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel yanıtın evrelerini kaydetmişlerdir. Daha sonra kitap haline getirdikleri bu çalışma günümüzde kabul gören cinsel fizyolojinin temellerini atmıştır (34,67).

2.1.1 Cinsel Fizyoloji ve Cinsel Yanıt Döngüsü

Masters ve Johnson 1954 yılında A.B.D. Washington Üniversitesi'nde başlattıkları çalışmalarının sonuçlarını 1966 yılında 'İnsanda Cinsel Davranış' adlı

kitapta yayınlamış ve ayrıntılı bir cinsel yanıt döngüsü tanımlamışlardır. Masters ve Johnson'un tanımladığı cinsel yanıt döngüsü; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olarak 4 evreden oluşmaktadır (68,69).

Helen Singer Kaplan 1974'te, seks terapisti olarak kendi gözlemlerinden yola çıkarak, cinsel isteğin de önemli bir rol oynadığını öne sürmüş ve cinsel istek evresinin tüm bu fizyolojik yanıtların başlatıcısı olduğunu söylemiştir. Diğer evrelerden bağımsız olarak farklı nöroendokrin ve psikolojik süreçlerin belirlediği cinsel istek aşamasında bozulmanın, uyarılma ve orgazm evrelerinde olduğu gibi farklı klinik sonuçlara yol açtığının, farklı tedavi yaklaşımları gerektirdiğinin anlaşılması ile cinsel istek evresi de cinsel yanıt döngüsüne dahil edilmiştir (68,69).

1970'lerden itibaren; çözülme evresinin klinik bir öneminin olmadığı, cinsel işlevlerin esas olarak istek, uyarılma ve orgazm evrelerinden oluştuğu ve CİB'in bu üç evrede gelişen bozukluklar sonucu ortaya çıkan farklı sendromlardan geliştiği görüşü hakim olmuştur (70).

1) Cinsel İstek: Cinsel aktiviteye yönelik cinsel fantezi ve arzusun olmasıdır. Cinsel ilgi, düşünce ve fanteziler medial preoptik, hipotalamik ve limbik sistemler ile ilişkilidir. Her iki cinsde dopaminerjik yolak istek ve uyarılmayı arttıran, serotoninerjik yolak ise inhibe eden düzenleyici sistemlerdir. Kadınlarda androjenler cinsel isteğin oluşumunda rol oynarken, östrojen ve progesterinler cinsel işlevlerin devam etmesinde rol oynar. Dopamin, cinsel istek, fantezi, dürtü ve motivasyonun oluşmasında bilinen en önemli transmitterlerdendir (71,72). Cinsel istek; kişinin cinselliğe olan ilgisidir ve dürtü, inanışlar/ değerler ve motivasyon olmak üzere üç ayrı komponenti bulunur. Dürtü, cinsel isteğin biyolojik ögesidir. Testosteron seviyesinden etkilenir. Cinsel düşünceler, rüyalar ve fantazilerde artış, yönelimi olan cinsce artmış ilgi, cinsel arayışa yönelme ve artmış cinsel organ duyarlılığı ile kendini gösterir. İkinci öge, kişinin cinsel aktivite ile ilgili beklentilerini, inanışlarını yansıtır. Bunlar ne kadar olumlu yönde ise, kişi o kadar cinsel davranışa yönelir. Cinsel istek üzerine en büyük etkiyi gösterdiği ileri sürülen motivasyon ise psikolojik ve partner ilişkilidir (73). Patel ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada istek, uyarılma ve orgazm işlevleri üzerine en önemli etkinin, cinsel partnerin durumu ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (74).

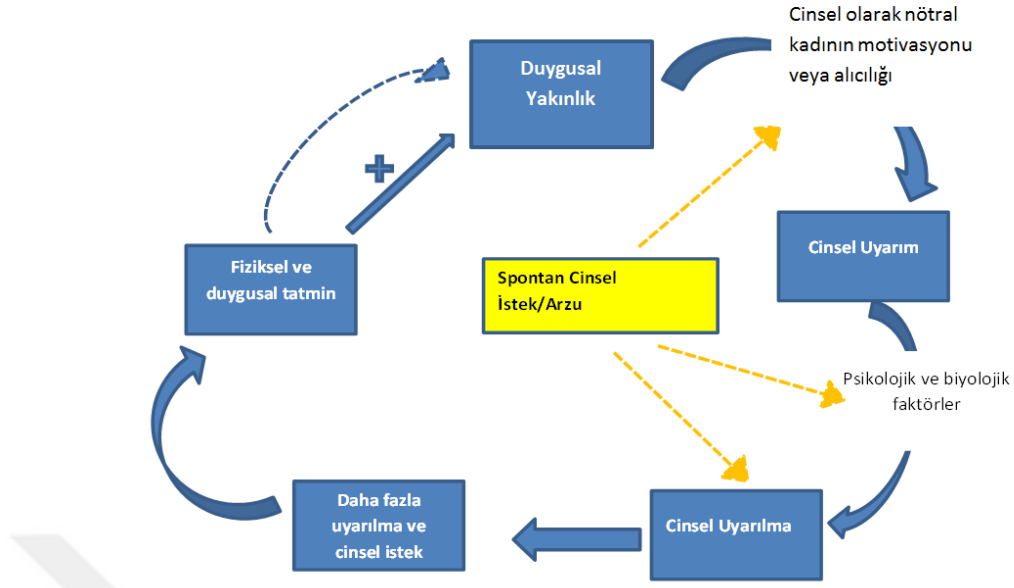
2) Uyarılma: Dışarıdan gelen herhangi bir somatik uyarı veya erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi sonucu fizyolojik değişikliklerin gözlenebildiği ilk evredir. Kadınlarda memede vazodilatasyon ve büyüme, meme uçlarında sertleşme, labia minör çapında artış, pelvik sinir uyarısı ile klitoriste konjesyon gözlenir. Vazokonjesyon sonucu, vajina duvarlarından koit esnasında kayganlığı sağlayan transuda salgılanır (75).

3) Plato: Etkili cinsel uyarının sürmesi ile kadın ya da erkek, plato evresine girer. Bu evrede haz ve cinsel gerilim giderek yükselir, kalp atışları ve kan basıncı artar. Bu yükseliş plato çizerek orgazma kadar sürebilir. Plato evresi, esas olarak uyarılmanın, kişinin orgazma geçişini sağlayacak şekilde ilerlemesi ve vazokonjesyonun en üst seviyeye ulaşmasıdır. Uyarı ya da dürtünün yetersizliği ya da tamamen sona ermesi halinde, orgazma geçiş olmaz ve plato evresindeki yükseliş yatışarak yerini yavaş yavaş çözülme evresine bırakır (76-78).

4) Orgazm: Süresi en kısa ancak cinsel hazzın en yoğun olduğu evredir. Kadında, vajina kaslarının ve vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları olur. Yaklaşık 3-25 saniye süren, hafif bir bilinç bulanıklığının da eşlik ettiği ve beyin dalgalarında değişiklikler gözlemlendiği bildirilen orgazm evresi, pelviste hissedilmesine rağmen aslında tüm bedenin bir yanıtıdır (77,79).

Kadında, vajinada dış 1/3'lük kesimde ve uterusu, fundustan serviksine doğru inen ritmik kasılmalar olur. Kasılmalar, başlangıçta güçlü ve kısa aralıklarla oluşur, ilk 3-5 kasılma sonrası şiddeti azalır ve aralıklar uzar (77,79).

5) Çözülme: Orgazmı ya da platoyu takiben tüm bedende oluşmuş olan fizyolojik değişiklikler aynı sırayla kaybolduğu istirahat durumudur. Çözülme süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, orgazmın yoğunluğuna ve cinsel uyarının sürme durumuna göre değişir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarılarla tekrar uyarılıp orgazm olabilir (35,76).



Şekil 2: Basson'un Cinsel Yanıt Döngüsü (81)

2.2. Cinsel İşlev Bozuklukları

CİB'in günümüzdeki sınıflama sistemlerinin temelleri, Masters ve Johnson'ın tanımladığı ve daha sonra Helen Singer Kaplan'ın cinsel istek evresini de ekleyerek geliştirdiği cinsel yanıt döngüsüne dayanmaktadır. Mevcut tanı sistemleri esas olarak, klinik önemi olan istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki bozuklukları, CİB kapsamına almaktadır (85). Cinsel yanıt döngüsünde bir veya birden fazla evrede bozukluk veya cinsel ilişki sırasında ağrı bozukluklarından oluşur. Durumun bozukluk olarak kabul edilebilmesi için kişinin durumdan rahatsız olması gereklidir. Her bir bozukluk başlangıcına göre; primer (yaşam boyu) veya sekonder (edinilmiş), niteliğine göre; yaygın veya durumsal olarak alt tiplere ayrılmıştır (86). Yaşam boyu, CİB'in ilk cinsel etkinlikten beri devam ettiğini; edinilmiş; CİB'in normal bir cinsel işlevsellik döneminden sonra ortaya çıktığını ifade eder. Yaygın, CİB'in yalnızca belirli bir kişi, uyarım türü veya durum ile ortaya çıkmadığını, durumsal ise CİB'in belirli durumlar ile ortaya çıktığını belirtir (35).

CİB etiolojisinde farklı etkenler tanımlanmıştır ve bunlar CİB'in ortaya çıkışı veya tedavisi üzerine her bireyde farklı oranda etkili olabilirler:

1-Eşle ilgili etkenler (eşin cinsel veya sağlık sorunları);

2-İlişki ile ilgili etkenler (az veya bozuk iletişim, uyumsuz cinsel istek frekansı);

3-Bireysel yatkınlıklar (kötü beden algısı, cinsel veya duygusal travma öyküsü); psikiyatrik eş tanı; stresörler (iş kaybı, yas v.b);

4-Kültürel veya dini etkenler (cinselliği yasaklayıcı tutumlar) (86).

Cinsel sorunlar popülasyon temelli geniş saha çalışmalarına henüz dahil edilmediği için araştırmacılar daha küçük çalışmalardan elde edilen verilerle epidemiyolojik öngörülerde bulunmaya çalışmaktadır. 1990 yılında yayınlanan bir derlemede 1940-1989 yılları arasında yayınlanan ve CİB ile ilgili epidemiyolojik veri sunan 47 çalışma gözden geçirilmiş (11), benzer bir gözden geçirme 2001 yılında 1990-2000 yılları arasında yayınlanan 52 çalışmayla tekrarlanmıştır (86). Bu çalışmada 52 çalışmanın sadece %16'sının DSM'nin (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) işlemsel tanımlarını kullandığı belirtilerek, CİB'de sınıflandırma zorluklarına işaret edilmektedir.

Önceleri sadece, kadında frijidite olarak ele alınan ve bu sendromların varyantları olarak tedavi edilmeye çalışılan CİB, Master ve Johnson'un laboratuvar deneyleri ve Kaplan'ın klinik gözlemleri sonucunda ortaya çıkan evrelere göre sınıflandırılmış, son 30 yıldır uluslararası tanı ve sınıflandırma sistemlerinde, CİB kategorilerine yer verilmeye ve farklı etiyoloji ve tedavi yaklaşımları geliştirilmeye (88) başlanmıştır. Bu tanı sistemlerinin içerdiği kadınlarda CİB kategorileri aşağıdaki gibidir (89,90).

- Kadında Cinsel İlgi /Uyarılma Bozukluğu
- Kadında Orgazm bozukluğu
- Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İç Girme Bozukluğu

DSM-5'te CİB tanı ölçütlerinde belirsiz ifadelerden uzaklaşmaya çalışılmış ve daha somut tanımlamalar getirilmeye gayret edilmiştir. DSM-5'te tanımlamaya özgül süre ve şiddet ölçütleri getirilmiştir (91).

Cinsel işlev sorunu ile başvuran kişide cinsel uyarının yeterli olup olmadığı öncelikle değerlendirilmeli ve eğer cinsel işlev sorunu yetersiz cinsel uyarandan kaynaklanıyorsa öncelikle uyarı geliştirme konusunda yardımcı olunmalı, ancak CİB tanısı konulmamalıdır. CİB'in ortaya çıkışına neden olan altta yatan genel tıbbi bir hastalık var ise CİB tanısı konulmamalıdır. İlaç veya madde kullanımı CİB'in ortaya çıkışını daha iyi açıklıyor ise maddenin/ilacın yol açtığı CİB tanısı konulmalıdır. CİB, başka bir psikiyatrik bozukluk ile daha iyi açıklanıyor ise yalnızca bu psikiyatrik bozukluğun tanısı konulmalıdır. Ciddi ilişki çatışmaları, eşin fiziksel şiddet uygulaması gibi stresörler CİB'i daha iyi açıklıyor ise yine CİB tanısı konulmayarak stresörleri tanımlamaya uygun kodlamalar seçilmelidir (86).

2.3. Vajinismus

2.3.1. Tanım

Vajinismus (L. vagina: kılıf; –ismus: eylem, edim); vajen dış üçte birlik kısımdaki kasların cinsel birleşmeyi engelleyecek şekilde kasıldığı ya da bu kasılma sonucunda birleşmenin son derece ağrılı olduğu bir bozukluktur. Çoğu zaman tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması, korku, kaçınma tepkisi ve birleşmenin gerçekleşmeyeceği inancı da bu bozukluğa eşlik eder. Vajinal spazm çoğunlukla cinsel birleşme ile sınırlı kalmaz; parmak, tampon veya jinekolojik muayene sırasında spekulum girişine de engel olur. Bu spazm cinsel etkinlik ile ilişkili ağrı ve korkunun sonucunda koşullu bir yanıt olarak da ifade edilebilir. Bundan muzdarip olan kadınlar için, cinsel birleşme denemesi sırasında ortaya çıkan fiziksel ağrının yanı sıra şiddetli ruhsal sıkıntıya neden olan fobi düzeyinde ciddi bir sorundur. Çoğunlukla bu belirtilere kaçınma eşlik eder (2). Spazm, fobi ve kaçınma aslında birbirini besleyen bir kısır döngüye yol açar

Tamamlanmamış evliliğin en önemli nedenlerinden (31,92) olan vajinismusun 1861 yılında Sims tarafından tanımlanmasından bu yana kavram ve tedavide pek değişiklik olmamıştır. Spazm ve koitus odaklı tanım 150 yıl boyunca değişmeden kalmış ve uluslararası tanı ve sınıflandırma sistemlerinde tanım itibarıyla ağrıyı içermediği halde cinsel ağrı bozuklukları başlığı altında yer almıştır. 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 vulvanın daralması” olarak (93) anlatmıştır. Bu yüzden Beck, vajinismus “bilimsel ihmalin ilginç bir örneği” olarak adlandırmıştır (94). Bu durum literatürde tartışma konusu olmakta ve vajinismus ile ilgili sistematik çalışmaların yapılması önünde bir engel olarak görülmektedir.

2.3.2. Tarihçe

Vajinismus, terim olarak Tıp literatürüne 1800'lerin ortalarında kazandırılmış olsa da, çok daha eski metinlerde sendrom olarak tanımlanmış ve tedavi önerileri geliştirilmiştir. İlk olarak 3500 yıl önce Eski Mısır'da Ramesseum IV papirüslerinde birleşmeye ilişkin ağrıdan söz eden olgulardan, ortaçağ İtalya'sının kadın hekimlerinden Salerno'lu Trotula “Kadın Hastalıkları” isimli kitabında vajinismusun temel belirleyicilerinden olan istemsiz kas spazmının öncülü bir tarif olarak “vulvadaki kasılma”yı tanımlamıştır (95,96).

Rasim Adasal'ın 1962 tarihli “Cinsiyet, Aşk, Evlilik” isimli, dilimizde yayınlanan belki de ilk kapsamlı seksoloji kitabında “...kadın tenasül cihazlarının methâlini ve kapısını teşkil eden vajenin büzülmesi hali...” olarak tanımlanan vajinismus günümüzde hâlen sıklıkla karşılaşılan CİB'dir (97).

Geçmiş yıllarda “tamamlanmamış evlilik” kategorisi altında en sık neden olarak incelenen ve zaman zaman bu adla anılan vajinismus, cinsel araştırmaların hız kazandığı 70'li yıllar sonrasında cinsel yaşamın koitusla sınırlandırılmayacağı ve koitusun evliliğin tamamlanması açısından bir ön koşul olamayacağı düşünüldükten CİB sınıflandırmasına dahil edilmiştir (98).

Literatüre vajinismus terimini kazandıran ilk kişi 1834 yılında benzer vakaları tezinde tartışan Huguier değil, Amerika'da Jinekoloji biliminin kurucusu Dr. J.Marion Sims'dir. Dr.J. Marion Sims bozukluğu: “Kişisel gözlemlerime dayanarak, evlilik anlaşmasının her iki tarafına da böylesine bir mutsuzluk yaşatan ve yine bu kadar kolay, kesin ve güvenli biçimde tedavi edilebilen başka bir hastalık olmadığını ifade etmek isterim” şeklinde tanımlar (1,99).

Dr.Sims, 2 Nisan 1862'de New York Tıp Akademisi'nde okunan “Vajinismus Üzerine” isimli makalesiyle literatüre vajinismus terimini “penetrasyon girişimlerinde vajinayı saran kaslarda refleks benzeri kasılma” şeklinde tanıtmış ve beş vaka üzerinden tedavi yöntemini açıklamıştır. Dr. Sims bu duruma neden vajinismus adını önerdiğini şu şekilde açıklamıştır (100):

“Orbicularis palpebrarum kasının, büyük bir süpersensitiviteyle veya ışığa hassasiyet nedeniyle ağrılı ve istemsiz kasılmasını blefarismus veya bleferospazm terimiyle açıklarız. Laringismus terimiyle de, striduar nefes alımıyla rima glottidis'in spazmodik daralmasını adlandırırız. Ve vajinismus terimiyle, vajina ağzının, böylesine bir süpersensitiviteyle koitusa tam bir engel oluşturacak şekilde istemsiz olarak spazmodik kapanışını adlandırmayı öneriyorum”

“Vajinismus üzerine” isimli makalesinde vajinismus olgularında bir tüyün en hafif dokunuşuyla bile olağanüstü bir tepki ortaya çıktığını belirten Dr.Sims, vajinal sfinkter spazmının süpersensitivitenin patognomonik olduğunu belirterek, bu bozukluğa himenin dış yüzeyi ve çevresindeki bu aşırı hassasiyetin neden olduğunu öne sürmüş ve hymenektomi ile bu aşırı hassasiyetten kurtulunabileceğini ifade etmiştir. Bu operasyonu takiben vajinanın “Y” şeklindeki insizyonu ve cam tüpler aracılığıyla vajina dilatasyonu Dr.Sims'in tedavi yöntemini oluşturur (1).

Prof. Dr. Scanzoni vajinismus vakalarında deneyimsiz kocanın zorlayıcı koitus denemelerinin neden olduğu vajinal mukoza inflamasyonuna bağlı bir kontraktilitenin temel patoloji olduğunu ve Dr.Sims'in yaklaşımını “kanlı bir operasyon” olarak nitelendirerek asla başvurulmaması gerektiğini belirtmiştir (101-103).

Vajinismus, 19. yüzyılın sonunda Freud'un cinselliği psikiyatrinin konusu haline getiren makalelerine ve vajinismusu ağrıya yönelik histerik semptom olarak değerlendirmeye başlamasına kadar jinekologların “kanlı” veya “kansız” girişimleriyle tedavi edilmeye çalışılan bir hastalık olmuştur (101-103). Freud'un insan cinselliği ile ilgili fikirleri, CİB'in tanımlanmasına ön ayak olmuştur. 19. yüzyıl jinekoloji tarihi üzerine bir derlemede, 1900'lü yılların başına kadar vajinismusla ilgili 130 referans kaynak olduğu belirtilmektedir (103,104).

20. yüzyılın başında, Walthard vajinal kas spazmının ağrı korkusuna bağlı bir fobik reaksiyon olduğunu belirtmiş, çözüm olarak psikoterapi ve psikoeğitim önermiştir (105). Daha sonraki yaklaşımlarda cinsel ağrı bozukluklarının; kusurlu partner ilişkisi, yetersiz uyarılma, cinsel kötüye kullanım ya da birçok faktörün bir araya gelmesi ile oluştuğu düşünülmeye başlanmıştır. Önceleri kadın doğum uzmanlarının primer olarak ilgilendikleri vajinismus tedavisinde, zamanla cinsel terapistler daha etkin çalışmaya başlamıştır (106).

Masters ve Johnson 1954 yılında A.B.D. Washington Üniversitesi'nde başlattıkları çalışmalarının sonuçlarını 1966 yılında 'İnsanda Cinsel Davranış' adlı kitapta yayınlamış ve özellikle çift terapisi ve davranışsal tekniklerin gelişmesine ön ayak olan Masters ve Johnson ile Helen Singer Kaplan, günümüzde psikoterapistler tarafından yaygın olarak uygulanan tedavi şekillerinin temelini atmışlardır (31,107).

2.3.3. Vajinismus tipleri

Vajinismus olguları, farklı yazarlar tarafından, kadınların kişilik özellikleri, psikopatolojik durumları, psikoseksüel gelişimleri, patolojide rol oynayan kas grupları, ortaya çıkış biçimleri açısından sınıflandırmaya tabi tutulmuşlardır.

Friedman 1962 tarihli "Bakire Eşler" kitabında vajinismuslu kadınları üç gruba ayırmaktadır; kocalarıyla ilişkileri baba-kız ilişkisi gibi olan çocuksu kadınlar, cinselliği kirli ve aşağılayıcı olarak gören ve sadece üremek için cinselliği yaşayan kadınlar ve son olarak cinsel ilişkiyi cinsiyetler arasında bir mücadele olarak hisseden ve yaşayan kadınlar. Yazar bu kadınların hastalık karşısındaki tutumlarının ve tedavi süreçlerinin de farklı olduğunu belirtmiştir (108).

Dawkins vajinismus olgularının mevcut psikopatolojik durumlar açısından farklılık gösterdiklerini belirtmektedir. Buna göre yelpazenin bir ucunda cinsel maturasyonunu annenin gerekli ilgisinden yoksunluğu nedeniyle henüz tamamlamamış ama özellikle kadın doktorun özeni ile cinselliği bedeniyile entegre edebilen ve sadece birkaç müdahaleyle utanç duygusundan kurtulan kadınlar varken; diğer uçta yaşadıkları derin ve temel kişilik patolojilerini vajinismusa kanalize eden ve semptomaya yönelik müdahaleleri kişilik yapısına dönük müdahaleler olarak algıladığından tedaviye sıklıkla direnç gösteren olgular bulunmaktadır (109).

Hilda Abraham psikoseksüel gelişim aşamalarından hareketle vajinismus olgularını iki gruba ayırır. Buna göre kız çocuğu, libidinal yönelimini ilk sevgi nesnesi olan anneden babaya sonrasında da başka bir erkeğe aktararak psikoseksüel gelişimini tamamlar. Abraham'ın tanımladığı ilk ve daha geniş olan grup bu süreçte babaya olan libidinal fiksasyonu başka bir erkeğe yöneltmekte zorluk yaşamaktadır. İkinci grup ise libidinal yönelimini anneden babaya aktaramamış ve anneye fiksasyon göstererek babayla identifiye olmuştur (110).

Ellison, vajinismus olgularının kişilik patolojisi ve tedavi için gereken terapi süresi bakımından korelasyon gösterdiklerini belirterek, olguları dört grupta incelemektedir. Birinci grupta hafif immatür kişilik özellikleri gösteren ve 3 saatten az sürede tedavi olan olgular, ikinci grupta orta düzeyde nevrotik olan ve 3-6 saatlik sürede tedavi olanlar, üçüncü grupta ciddi nevrotik özellikler gösteren ve 6 saatten uzun sürede tedavi olanlar, dördüncü grupta ise ciddi kişilik bozuklukları gösteren ve 10 saatten uzun tedavi süresine rağmen tedavi olamayan veya tedaviden vazgeçen olgular yer almaktadır (21).

Lamont, vajinismus patogenezinde rol oynayan kasların kontraktilesinin jinekolojik muayenedeki değişkenliğine göre hafif, orta, şiddetli ve muayeneyi reddeden dört grup tanımlamıştır.

İngiliz Cinsel Sağlık ve HIV Birliği CİB Çalışma Grubu vajinismus tiplerini vajinismusun ortaya çıkma koşullarına göre düzenlenmektedir. Buna göre vajinismus beş alt gruba ayrılır (111,112):

- Primer (ağrısız penetratif cinsel ilişkide hiç bulunmamış olmak) (113)
- Sekonder (daha önce ağrısız vajinal penetratif cinsel ilişkide bulunmuş olmak) (113)
- Genel (durum veya eşten bağımsız olarak oluşan)
- Durumsal (sadece belli durumlar ve eşler ile ortaya çıkan)
- Sürekli (herhangi bir tür penetrasyon girişiminde her zaman oluşan)

Wijma ve arkadaşları vajinismus, penetrasyonun gerçekleşme durumuna göre ikiye ayırmaktadır (114):

- Tam vajinismus (penetrasyon gerçekleşmez)
- Kısmi vajinismus (pelvik taban kasları kontraksiyonu ile birlikte, yanıcı bir ağrının eşlik ettiği kısmi penetrasyon)

2.3.4. Etiyopatogenez

2.3.4.1. Dinamik Yaklaşım

Vajinismus, psikanalitik bakışa göre evrensel bir fenomen olan ve psikoseksüel gelişim evrelerinden fallik döneme özgü penis hasetinin çözümlenememesiyle erkeğin cinsel arzusunu ketlemenin ya da kendi kastre edilmişliğinin intikamını erkekten almanın dışavurumu olarak yorumlanmaktadır (31).

Karl Abraham kastrasyon anksiyetesi olan kadınları iki gruba ayırmıştır. İlk grup “haz doyurucu” grup olup, kadınlık ve bununla ilgili beklentilere karşı direnç göstermektedir. “İntikam” grubu olan diğer grup ise kendilerinde olmayan ve haset duydukları penisi, cinsel birleşmeyi engelleyerek erkekten alırlar. Abraham’a göre vajinismus bu grubun en önemli semptomudur (115).

Freud'a göre her iki cinsiyet için de vajinanın keşfi pubertede gerçekleşir ve kadında vajina penisin barınağı olma değeri kazanır. Böylelikle kadın bedeni, annenin bedeninin mirasını da üstlenir (116). Annenin erkek çocuğun bedenini rahminde barındırıp koruması gibi; kadın da erkeğin penisini vajinasında barındırmaktadır. Belki de bu nedenle orgazma “petit monte (küçük ölüm)” denmektedir, ölüm bedenin toprakla yani dişil olanla yeniden birleşmesidir. Freud'un kadın psikoseksüel gelişimini penis üzerinden açıklaması bazı feminist yazarlar tarafından eleştirilse de (117), feminist yazında da vajina bazen ihmal edilmiştir. 1994 tarihli feminist ansiklopedi “Cinsel İmajinasyon” da vajina ile ilgili bir başlık bulunmazken, klitoris tarihsel anlamı da dahil olmak üzere ayrıntılı olarak anlatılmıştır (118).

Fenichel'e göre de vajinismusun cinselliği engelleme eğilimini dışavurmanın yanında, penisi kesip atma ve tutma ile ilgili çarpıtılmış bilinçdışı arzu ve konversiyon semptomu olduğunu bildirmiştir (119). Musaph da psikolojik bir yakınmanın fiziksel bir semptoma dönüştüğünü belirterek vajinismusun bir konversiyon semptomu olduğuna vurgu yapmıştır. Musaph'a göre, vajinismusu olan kadınlar, oral ve ödipal dönemde ortaya çıkan bozuk anne-çocuk ilişkisinden ya da başka travmatik durumlardan dolayı başlıca savunma mekanizması olarak supresyonu kullanmaktadırlar (120).

Literatürde vajinismusu suçluluk ve cezalandırılma korkusuna ikincil psikosomatik bir sorun olarak olarak tarifleyen yazınların yanı sıra (121) muhtemel bir sınır ihlalden benlik sınırlarını korumaya yönelik bir savunma şeklinde ortaya çıktığını söyleyen yazınlar da mevcuttur. Birçok olguda, saldırgan temsili olan baba ile eş özdeşleştirilir ve vajinismusu olan kadın, öfkesini saldırgana yönlendiremediğinden eşine yöneltir. Hatta eşler de kendi çatışmalarından dolayı yansıtımlı özdeşim yolu ile cinselliklerini saldırgan olarak kabul edebilirler (22,120).

2.3.4.2. Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşım

Öğrenme kuramının, klasik koşullanma ve koşullu uyarana yanıt kavramlarıyla vajinismus açıklanmaya çalışılmıştır. Yaklaşık yüzyıl önce vajinismusta kasılmaların ağrı korkusuna verilen fobik reaksiyon olduğu söylenmiş, tedavi için psikoeğitim ve psikoterapi önerilmiştir (105). Bu kuramın bakış açısını benimseyen yazarların çoğu vajinismusu; birleşme denemesi sırasında ortaya çıkan koşullu anksiyeteye aversif bir uyarıcı niteliği olan penise ikincil olarak ortaya çıkan kaçınma davranışı ve perineal bölge kaslarında kasılma olarak tanımlar (122).

Malleson, vajinismus tanılı kadınlarda vajinaya dokunmakla bile kasılmanın gözlenmesinin; kornea refleksinde görülen göze henüz dokunmadan göz kapağının kapanmasına benzer bir koruyucu refleks mekanizma olduğunu, aynı şekilde çocukluk çağında, tedavi amaçlı anal bölgeye yönelik fitil, lavman ya da eski moda sabun çubukları gibi uygulamaların çocukta korku geliştirdiğini, erken çocukluk evresinde kloakal organların innervasyon açısından birbirinden ayrıışmaması nedeniyle anal ağrı ve vajinal ağrının aynı şekilde algılandığını ve buna bağlı olarak

anal kaçınmanın, vajinaya yönelik herhangi bir uyarandan kaçınmaya dönüştüğünü belirtir (123).

Kaplan'a göre erkeğin birleşme girişimi, kadında korku, ağrı ve aşağılanma duygusuna, tekrarlayan başarısız birleşme girişimleri de yetersizlik duygusuna neden olabilir. Bu olumsuz deneyimden kaçınmak için kadın cinsellikten uzaklaşmakta; bu kaçınma davranışı da zamanla vajinismus semptomlarının devamına neden olmaktadır. Kaplan, vajinismus penetrasyonun zihinde canlandırılması halinde bile korku ve ağrının birlikteliğiyle ortaya çıkan koşullanmış bir yanıt olarak tanımlamıştır (31).

Dini öğretilerin üzerinde durduğu bekaret kavramı; cinsellik yaşanmasının, üzerine konuşulmasının tehlikeli ve kirli olduğu bilinciyle yetiştirilmeye ve böyle yetiştirilen kadınlarda vajinismus riskinin artmasına neden olabilir (24).

2.3.4.3. Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşım teorilerinde genellikle, birleşmede vajinal kasılma ya da ağrı şikayetleri olan kadınlarda kontrollere göre kas tonusu kontrolünde yetersizlik (124), perineal kaslarda artmış aktivite (125) ve spontan kas aktivitesinde artma (126) olabileceği öngörülmüştür. Vajinismusun bir cinsel problem olarak değil, pelvik taban kaslarındaki probleme ikincil bir durum olarak görüldüğü yazınlara rastlanabilir.

Vajinismus tanısının istemsiz pelvik taban kasılmasının varlığıyla koyulabileceğini savunan Lamont'a göre, dispareniye sebep olabilecek herhangi bir sebep vajinismus da sebep olabilir. 1978 yılında yaptığı çalışmada, 76 vajinismus vakasının 24'ünde, geçirilmiş cerrahi girişimler, atrofik vajinit, Monilia vajiniti, Trichomonas vajiniti, kabızlık, retroversiyon ve pelvik konjesyon gibi fiziksel faktörler gözlemlendiğini belirtmiştir (111).

Bir araştırmada pelvik taban kaslarının istemsiz kasılmasının, tehditkâr duruma karşı savunma sonrası koşullanmayla ilgili olduğu belirtilmiştir. Vajinismus olan ve olmayan, istirahat ve egzersiz halinde, tehlikeli olarak algılanan cinsel veya cinsel olmayan uyaran uygulanan kadınların değerlendirildiği ve pelvik taban kasları

ve postural kasların Yüzey Elektromyografi (EMG) ölçümleri arasında bu savunma mekanizması açısından fark bulunmadığını, bu kadınların pelvik taban kas kontrolünün yeterli olduğunu, Kegel egzersizlerinin ve gevşeme egzersizlerinin gereksiz olduğunu bildiren çalışmalar vardır (30,127,128). Literatürle uyumlu olarak pelvik taban kaslarının değerlendirildiği sEMG ile yapılan bir diğer çalışmada da anlamlı fark saptanamamıştır (129).

Bu çalışmaların aksine Shafik ve El-Sibai, (125) 2002 yılında iğne EMG çalışmasıyla, vajinismus olan olguları, kontrol gruplarıyla karşılaştırdıklarında, levator ani, puborektalis ve bulbokavernöz kaslarında anlamlı derecede artmış aktivite gözlemişler ve bunun bozulmuş sakral arkten kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir.

Tollison ve Adams, endometriozis, hymen anomalileri, vajina stenozu, hemoroid, pelvik inflamatuvar hastalık, pelvik tümörler, üretral karunkülanın da ayrıca ekarte edilmesi gerektirdiğini ileri sürmüşlerdir. Fakat hem Lamont hem de Tollison ve Adams, tüm bu fiziksel faktörlerin doğrudan olmasa da, dolaylı olarak klasik koşullanma süreciyle ilişkili olabileceği konusunda hemfikirler (130). Bunların yanında Gaafar 19 olgunun 5'inde lokal lezyon saptadığını, Basson da %42 oranında vulvarvestibulit sendromunun eşlik ettiğini bildirmiştir (113).

2009 yılında Frasson ve arkadaşlarının yayımladıkları çalışmada, vajinismus olgularının levator ani, external anal kaslarında ve bulbokavernöz refleks aktivitesinde kontrol grubuna göre uzamış spontan kas hiperaktivitesi ve istemli kasılma inhibisyonunda yetersizlik saptanmış ve bu durumun, fokal bir distoniye benzer şekilde, sürekli kasılmaya neden olarak vajinal ağrıya ve cinsel birleşmede vajinismus semptomlarına yol açabileceği belirtilmiştir (126). Aynı çalışmacılar, idiopatik servikal distoni ve vajinismus birlikteliği görülen bir olgu bildirerek de santral sensorimotor sistem defekti üzerinde durulmasına önyak olmuşlardır (131).

2.3.4.4. Feministik Yaklaşım

Vajinismusun feminist teoride yorumunu yaparken, bu teoriye göre her kadının cinsel memnuniyetinin kaynağı olarak mutlaka birleşme olmayabileceği anlaşılmalıdır. Paula Nicolson; terapistler tarafından 'kaçınma' veya 'cinsel ilişkiden

hoşlanmama' şeklinde tanımlanmakta olan kadın cinsel problemleri, aslında kadınlarda bulunan problemten ziyade, "ataerkil politik istikrarın sorunudur" demiştir. Yani vajinismus başka bir açıdan erkek egemen, heteroseksist bakış açısının zorunluluklarının bedene etkimesine engel olan bir savunma eylemi olarak ele alınabilir ve bir CİB'den ziyade ataerkil yapının sorunu olarak yorumlanabilir (132).

Drenth, vajinismus teorilerine ve tedavi metodlarına yönelik feminist teoriyle ilgili literatürün ortak söylem olarak cinselliğin, sosyal töre ve geleneklere, kadınlık ve erkeklikle ilgili kökü kazınıp yok edilemez mitlere kuvvetli şekilde tabi olduğunu gözlemlediğini belirtmiştir (133).

2.3.4.5. Ebeveyn Özellikleri

Vajinismus etiyolojisinde aile yapısı ve anne-baba özellikleri de önemlidir. O'Sullivan, vajinismus olan kadınların babalarının tehditkâr ve agresif kişiler olduklarını gözlemlemiştir (12). Silverstein da vajinismus olan kadınları babalarının tehditkar, eleştirel ve ahlaki açıdan katı olduklarını belirtmiştir. Bu babalar ahlakçı oldukları kadar da sedüktifiler. Silverstein, bu ebeveynlerin kendi evlilik ilişkileri içinde çatışma ve cinsel/fiziksel suistimali yüksek oranda saptamıştır (22). Barnes'in çalışmasında, vajinismus olan 53 kadının %23'ü babalarının sert yapıda olduğunu belirtirken, bu oran CİB olan diğer kadınlarda %9 olarak bulunmuştur (134). Hiller, vajinismus tanılı kadınların annelerinin fazla müdahaleci olduğunu, ilişkilerinde sınır koymakta zorlandıklarını belirtmiştir (135).

2.3.4.6. Diğer Faktörler

Kültür: Tarihsel ve toplumsal gelişme sürecinde ortaya konulan her türlü değer ya da değerler sisteminin o toplumda yaşayan tüm insanları belli düzeylerde etkilediği düşünülürse (136), CİB'de ve özellikle vajinismusta kültürel etmenlerin önemi yadsınamaz. Genel olarak literatürün ortak görüşü; bireyde suçluluk duygusu oluşturan inanç sistemlerinin CİB'e neden olduğu yönündedir (134). Vajinismusun, küçük yaştan itibaren baskılanan kadın cinselliği ve büyük anlam yüklenen bekaret kavramı çevresinde şekillenmiş bir sendrom olmasının yanı sıra kültürle belirlenen kurallara aşırı uyuma yönelik bir durum olduğu ortaya atılan bir diğer savdır (137).

Türkiye’de, batı ülkelerine göre daha fazla vajinismus görülmesi, kültürün belirleyici etkenlerden olabileceğini düşündürmektedir (6). İslam kültürünün etkin olduğu Türkiye’de cinsellikle ilgili yanlış inanışların varlığı, evlilik öncesi cinsel deneyimin dini olarak yasaklanması, bekaretin kutsanarak kadın tarafından, hem erkeğe hem aile üyelerine kanıtlanması gereken bir unsur olarak görülmesi, kanlı çarşaf gösterme gibi gelenekler ve bekaretin önemi vurgulanarak yetişmiş kadın için ‘bekaretini kaybetmenin’ önemli bir kaygı kaynağı olması, CİB riskini arttıran faktörlerdendir (138). Etiyolojik önemi olan kültürel öğelerin sorun oluşuktan sonra da sorunu arttırıcı etkisi (139) vurgulanması gereken bir diğer noktadır. Geleneksel kültürde, vajinismus olan kadın, travmatize olmakta, sosyal baskıya daha duyarlı hale gelmekte ve sosyal statü kaybı yaşamaktadır. Cinselliğin hala tabu olduğu bölgelerde, çiftler, sorunlarının çözümünü nerede aramaları gerektiğini bilememekte, yetersiz ve yanlış tedavi alabilmektedirler (140).

Cinsel İstismar: Cinsel istismar ya da travma öyküsünün vajinismusta etiyolojik faktörler arasında yer alıp alamayacağı ve etiyolojiye etki düzeyi araştırılan ve üzerinde tartışılan noktalardan birisidir. Genel kanı cinsel istismarın her türlü CİB’e yol açabileceği (141), cinsel ağrı bozukluklarının ve özellikle de sekonder tiplerinin oluşumunda etken olabileceği yönündedir (31). Ancak primer vajinismus vakalarında bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan bir çalışmada %46 oranında cinsel travma bildirilmiştir. Bunlardan %18 cinsel tacize uğrama, %10 anne-babanın cinsel ilişkisine şahit olma, %4 fiziksel travmaya maruz kalma, %4 ensest, %4 doğum olayına tanık olma, %4 pornografik film izleyip iğrenme, %2 kız arkadaşlarını masturbasyon yaparken görüp iğrenme olarak bildirilmiştir. 200 vajinismus tanılı kadında yapılan bir çalışmada ise çocukken cinsel istismara maruz kalma %10.5, anne-babanın cinsel ilişkisine tanık olma %2.5, cinsel bölgede fiziksel travma yaşama %1.5 olarak bulunmuştur (142,143). Bir diğerinde cinsel istismar kontrol grubuna göre iki kat fazla saptanıp anlamlı fark olduğu gösterilmiştir (144). Watts ve Nettles’in çalışmasında cinsel istismar oranı vajinismus grubunda %23.4 olarak saptanmıştır (145). Fas’ta cinsel istismarın uzun dönem etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada istismara uğrayanlarda vajinismus sıklığı anlamlı derecede artmış bulunurken, bunun karşıtı olarak tüm vajinismus olguları içinde %1 cinsel travma saptanan bir çalışma (146,147) ve cinsel

travma saptanmayan başka bir çalışma da mevcuttur (148). Cinsel istismarı, hastalıklarını ortaya çıkaran etkenler arasındaki önemini en alt sıralara koyan vajinismus tanılı kadınların olduğu yazınlar mevcuttur (19).

Blazer 467'si vajinismus olmak üzere, 1000 tamamlanmamış evlilik olgusuyla yaptığı görüşmelerden sonra, cinsel birleşmenin neden gerçekleşmediği veya gerçekleşemediği sorusuna kadınların verdikleri yanıtları sınıflandırmış ve kadınların bakış açısından hastalığın etiyolojisini araştırmıştır. Buna göre kadınların %20,3'ü birleşme ile oluşacak ağrı korkusu, %17,8'i cinsellikten iğrenme, %11,7'si eşlerin empotansı, %10,2'si gebelik ve doğum korkusu, %8,2'si vajinanın birleşmeye imkan vermeyecek derecede küçük olduğu inancı, %5,2'si cinsel organlar konusunda bilgisizlik ve buna bağlı olarak yanlış birşeyler yapma korkusu, %5,2'si kadın partner tercihi, %39'u gebelik amacı dışında cinsel ilişkiden hoşlanmama, %3,3'ü doğum kontrolünden hoşnutsuzluk, %3,1'i cinsel ilişkinin boyun eğme anlamına geleceği düşüncesi, %3'ü erkeklerden genel olarak hoşlanmama, %1,4'ü kocalarına sadece annelik yapma arzusu, %1,2'si eşlerinin penisine zarar verme korkusu, %0,9'u semen korkusu içinde olduklarını belirtmiştir. Blazer bu sonuçlardan üreme çağındaki kadınların cinsellik konusunda oldukça yetersiz bilgiye sahip olduklarını ve birkaç kategori dışında temel cinsel bilginin bu hastaları kısa sürede tedavi edeceğini iddia etmiştir (18).

2.3.4.7. Çoklu Bakış açısı

Bu görüşe göre vajinismus; multisistemik, multifaktöriyel bir hastalıktır ve bu bağlamda sadece pelvik taban hastalığı, ağrı sorunu, vestibulum problemi ya da sadece psikolojik bir sorun olarak ele alınmamalıdır. Vajinismus oluşumu birçok etkenle ilişkilendirilmiştir. Bu etkenlere şunlar örnek verilebilir: vajinismuslu kadınların ve ailelerinin özellikleri (14), cinsel ve fiziksel kötüye kullanım (15-17), cinselliği ve cinsel organları iğrenç bulma ve cinselliğe yönelik olumsuz tutum (18,19), cinsel bilgi-egitim eksikliği (20-22), cinsellik hakkında çeşitli kötü düşünce ve imajlara sahip olma (23,24), dinsel tutuculuk (24), evlilikte ilişki sorunları (25,26) ve çiftler arasındaki uyumsuzluk (27), hamile kalma korkusu, cinsellikle ilgili suçluluk duygusu, vajinanın cinsel ilişkinin gereksinimini karşılamak için yetersiz olması gibi bedene yönelik olumsuz algılar (18,28), tehdit edici bir durum karşısında

gösterilen genel savunma yanıtının bir biçimi (30), ağrıya karşı bir tepki veya korku refleksi, vajinismuslu kadınların kendine güvensizlik ve yetersizlik duyguları (31) ve yoğun anksiyete (31). Vajinismus, kişilik özellikleri ile de ilişkilendirilmiştir (22). Friedman (108), bozuk evlilik ilişkisi olan kadınların cinsellikle ilgili çelişkili duygularıyla mücadele için kullanmış oldukları savunma mekanizmalarının bir süre sonra kişilik kalıplarının bir parçası haline geldiğini öne sürmüştür. Bu bakış açısına göre herkese uygun tek bir tedavi olmadığı için her olgunun kendi özelinde değerlendirilmesi gerekir (122).

2.3.5. Yaygınlık

Tamamlanmamış evliliğin en önemli nedenlerinden olan vajinismusun sıklığına ilişkin veriler kısıtlıdır. Batı kaynaklı çalışmalarda, vajinismus prevalansı %0.4 ile 17 arasında değişmektedir. Afrika ülkelerinde yapılan çalışmalarda, prevalans %6 olarak bildirilmiştir (122,149-152). Ülkemizde toplum temelli çalışmalar sınırlı ve yetersiz sayıda olmakla birlikte, Yılmaz ve arkadaşlarının Konya’da yaşayan 470 evli kadın üzerinde yaptıkları anket çalışmasında, %15.3 oranında vajinismus bildirilmiştir (153).

Ülkemizde birinci basamağa başvuran premenopozal kadınlarda CİB prevalansının araştırıldığı bir çalışmada %41.7 oranında vajinismus saptanmıştır (3). Yine ülkemizde CİB alanında özelleşmiş kliniklere başvuran kadınların %41-75.9 arasında değişen oranlarda vajinismus sorunu yaşadığı bildirilmiştir (4,6-8,154). Bu çalışmalardaki oranlar ülkemizde klinik popülasyonda en sık CİB’nin vajinismus olduğunu göstermektedir. Batıda yapılan çalışmalardaysa kadınlarda en sık rastlanan CİB azalmış cinsel istektir (155).

Herhangi bir cinsel yakınma ile CİB kliniklerine başvuran kadınların değerlendirildiği Batı kaynaklı çalışmalarda oran %12-42 arasında değişmektedir (9-12). İran’da Shokrollahi ve arkadaşlarının çalışmasında aile planlamasına başvuran kadınların %8’inde vajinismus saptanmıştır (13).

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği’nin 2006 yılında yürüttüğü çalışmada, kadınların %9.2’si ilk cinsel birleşme sırasında ağrı ve korku yaşadıklarını ve bunun bir dönem sürdüğünü bildirmişlerdir (156).

2.3.6. Tanı ve Ayırcı Tanı

Yazarlar vajinismusun mevcut tanımları ve sınıflandırmadaki yeri gözden geçirilirken aşağıdaki başlıkların incelenmesi gerektiğini düşünmektedir:

- 1- Vajinal kas spazmının rolü
- 2- Genel olarak penetrasyonu engelleme düzeyi
- 3- Ağrının rolü
- 4- CİB olarak sınıflandırılması

Bu konuyla ilgili yapılan tartışmalardan biri (157,158), araştırmalarda vajinismus tanısı alan kadınların ortalama %50'sinin ağrının varlığından söz etmesine rağmen (10), ağrının bir tanı ölçütü olarak gerekli olup olmadığı ve vajinismusun neden ağrı bozuklukları başlığı altında sınıflandırıldığı yönündedir (157-159).

Vajinismusun önde gelen bir özelliği olarak söz edilen vajinal ağrının şiddeti, niteliği ve neden-sonuç-etki ilişkisi henüz net olarak anlaşılabilmiş değildir. Ne yayınlar ne de sınıflandırmalar cinsel ilişkiyi zor ya da imkansız hale getirdiği varsayılan ağrıya bir tanım getirmemiş; “acı”, “ağrı” ya da “rahatsızlık” arasında ayırt edici bir bilgi sunamamıştır. Ağrının varsayılan vajinal kas spazmı dışındaki bir faktör nedeniyle mi meydana geldiği yoksa kasılmanın bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı henüz bilinmemektedir (159).

Reissing, Binik ve Khalifé'ye göre (93) vajinismusun şu anki sınıflandırmasını ve tanısını tekrar değerlendirmek için a) vajinal kas spazmının rolü, b) spazmın cinsel ilişkiyi ve/veya genel olarak birleşmeyi engelleme seviyesi, c) ağrının rolü, d) ağrının cinsel ilişkiyi ve/veya genel olarak birleşmeyi engelleme seviyesi hususlarının titizlikle incelenmesi gerekmektedir.

Spazmın varlığı vajinismus olgularında, diğer cinsel ağrı bozukluğu olguları ve normal kontrollerle karşılaştırılarak araştırılmıştır. Bu çalışmalarda dinlenme hali, tehdit edici cinsel ve cinsel olmayan uyaran durumlarında pelvik taban kaslarının kontraktilesi ölçülmüştür. Çalışmaların bir kısmında vajinismus olguları ile diğer gruplar arasında belirgin farklılık bulunmazken, dinlenme halinde vajinismus olgularında daha yüksek kas aktivitesi bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu durum

vajinal kas spazminın varlığı ve patogenezdaki yeri konusunda şüphe uyandırmaktadır. Bu durum yazarlar tarafından spazmın vajinismus tanısında gerekli ve yeterli bir durum olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (30,149,158,160).

DSM IV'te vajinismus tanı ölçütleri arasında ağrıyla ilişkili herhangi bir başlığın olmaması da eleştiri konusu olmuştur. Vajinismusun temel tanı ölçütü olarak belirtilen kas spazminın yol açtığı belirtilen ağrının niteliği, yoğunluğu, süresi ile ilgili herhangi bir vurgunun olmaması, ağrının bu hastalığın tanısı ve tedavisindeki yeri ile vajinismus ve dispareni arasındaki sınırı belirsizleştirmektedir (7).

DSM-5'te vajinismus ve dispareni tanıları aynı tanı kategori altında toplanmıştır (33). Vajinismus, daha önceki DSM sınıflamalarında vajina kaslarında kasılma ve bu nedenle birleşmenin gerçekleşmemesi şeklinde özetlenen kısıtlı bir görüş yerine daha kapsayıcı bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Yeni tanımlamada, birleşmenin gerçekleşmemesi ve pelvik taban kaslarında kasılmanın yanı sıra, birleşme esnasında ağrı ya da birleşmeye yönelik kaygı ya da korku da bir ölçüt olarak yer almıştır. Bu durum, vajinismusun cinsel birleşme kuramına, pelvik taban kaslarında kasılma, birleşmede ağrı ve zorlanma, birleşmeden kaçınma davranışları gibi çok sayıda görünümleri olabilen bir klinik tablo oluşu ile örtüşmektedir (86,161).

Cinsel ilişki öncesinde, sırasında ya da sonrasında yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak genital ağrı duyumu olarak tanımlanmış olan dispareninin; organik bir etiyoloji saptanamadığında cinselliğe dair korku ve kaygılardan kaynaklandığı kabul edilmektedir. Vajinismus ile yakından ilişkilidir ve birbirlerinin ortaya çıkmasına yol açabilirler, bu nedenlerle aynı tanı kategorisine alınmaları uygun bulunmuştur (35).

Cinsel birleşme denemesi olmadıkça, istek, uyarılma, orgazm sorunları görülmeyebilir. Ancak bazen cinsel birleşme düşüncesi bile kasılmayı başlatabilir. Vajina kaslarında kasılmanın yanı sıra bacaklarda ve diğer beden bölgelerinde de kasılma görülebilir. Cinsel birleşme girişiminde bulunulduğunda partneri itme, panik ve korku belirtileri ortaya çıkabilir. Genellikle cinsel yaşamın başından beri vardır. Vakaların çoğunda cinsel birleşme denemesi öncesi tampon kullanımından kaçınma

veya önerildiği halde jinekolojik muayeneden kaçınma, cinsel birleşmeyi farklı gerekçelerle mümkün olduğunca erteleme gibi kaçınma davranışları da öyküde saptanabilir (77).

CİNSEL ORGANLARDA-PELVİSTE AĞRI/İÇE GİRME BOZUKLUĞU DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Aşağıdakilerden birinde (ya da daha çoğunda), sürekli ya da yineleyici güçlük çekme:

1. Birleşme sırasında vajinaya girememe
2. Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma.
3. Vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmesinden ötürü, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma.
4. Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

Orta derecede: A tanı ölçütündeki belirtiler orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur

2.3.7. Tedavi Yaklaşımları

Vajinismus, Dr.J Marion Sims tarafından ilk kez tanımlandığı 1861 yılından beri tanı ve tedavi açısından tartışma konusu olmuştur. 1800'lü yıllar boyunca Dr.Sims'in önerdiği hymenektomi, sonrasında vajinanın 'Y' şeklinde eksizyonu ve dilatasyon yöntemi Avrupalı hekimler tarafından sorgulanmıştır (1). Almanya'dan Prof. Scanzoni'ye göre öncelikle cinsel ilişki engellenmeli ve sık uygulanan sıcak banyolar, sıcak Goulard ekstresi losyonu uygulaması ve konstipasyon halinde laksatifler kullanılarak vajina inflamasyondan arındırılmalı; sonrasında gümüş nitrat solüsyonu ve belladona içeren vajinal suppozituarlar uygulanmalıdır. Bu uygulamalardan sonra koni şeklinde bir spekulum ile ilk seferlerde ağırlı olabilecek dilatasyon işlemi gerçekleştirilmeli ve bu sırada sıcak banyolar ve suppozituarlara devam edilmelidir. Dr. Scanzoni bu yöntemle, Dr.Sims'in cerrahi yöntemiyle aynı sürede, %100 tedavi oranı bildirmiş ve vajinismusta sadece deneyimsiz cerrahların heves edeceği cerrahi yöntemlerin terk edileceğini belirtmiştir (101).

Vajinismusun himen ile ilgisi olmadığı halde bu kadınların bir kısmında tedavi öykülerinde hymenektomi 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 hymenektomi operasyonu geçirdiği ve sonuç alınmadığı saptanmıştır (162). Bu tür tedavi girişimlerinin etkisiz ve etik açıdan uygun olmadığı bilinmektedir (163).

Bu tartışmalar 1900'lü yıllarda Freud'un cinselliği, insan psikolojisinin gelişimiyle ilişkilendirmesiyle farklı bir platforma taşınmıştır. Walthard, vajinal kas spazmının ağrıya karşı duyulan korkunun "fobik bir reaksiyonu" olduğu fikrini ileri sürerek, ameliyat ve genişletmeden ziyade psikoterapi ve eğitimin önemini vurgulamıştır. 1917 yılında Hollanda'lı jinekolog Treub, o dönemler hala revaçta olan cerrahi tedavileri rededecek kadar hastalığın psikolojik yapısından emindi. Vajinismus tedavisinde psikodinamik yaklaşımlar uzun süre etkinliğini korudu. 1970'li yıllarda Master ve Johnson'un davranışsal yönelimli cinsel terapi ile vajinismus tedavisinde oldukça başarılı sonuçlar almasıyla, bu alandaki gelişmeler hızlandı. 1979 yılında Meksika'da toplanan Dünya Seksoloji Kongresi'nde bir grup feminist seksolog koitus odaklı cinsel tedavi yaklaşımlarını protesto ettiler ve bir

kadının kendi bedenini kontrol etmeyi öğrenmesinin öncelikli hedef olması gerektiğini söylediler. Bu yöndeki adımlar vajinismusta grup psikoterapi yöntemlerinin de önünü açtı ve bu konudaki ilk araştırma 1985 yılında Brezemer tarafından yayınlandı (98,133).

Vajinismusun tedavisi ile ilgili kontrollü çalışmalar yetersiz olmakla birlikte, terapistlerin tedavi yöntemlerinin sonuçları konusundaki görüşleri genel olarak vajinismusun tedaviye iyi yanıt verdiği yönündedir. Bu düşüncenin altında yatan en önemli faktör, Master ve Johnson'un kendi pratiklerinde tedavi başarısını %100 olarak bildirmeleri ve buna ek olarak Kaplan'ın yine tedavi yöntemi için "inanılmaz basit" yorumunda bulunması olabilir (133).

Leiblum ve arkadaşları vajinismus etiyolojisinin çok faktörlü ve karışık olduğunu ama neyse ki, birçok hastayı başarıyla tedavi etmek için semptomların gizemini çözmeye gerek olmadığını belirtmişlerdir. Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın tedavi başarı oranlarının %80 olduğunu belirten yazarlar vardır (165).

Tedavi yaklaşımları, birleşmeyi engelleyen kasılmaları ve birleşme ile ilgili olumsuz ya da çarpıtılmış yanlış inanışları hedef alır (104). Temel vajinismus tedavi stratejisini Kaplan şöyle özetlemiştir (31): a) vajinal genişletme ve/veya vajinal egzersizler yoluyla kadını vajinal penetrasyona karşı duyarsızlaştırmak, vajinal kaslarda kontrol geliştirmek ve böylelikle spazmı önlemek; b) cinselliğin doğal, normal bir aktivite olduğuna yönelik inanışları arttırmak amacıyla kadını eğitmek c) fobik parametreler, olumsuz koşullanma, suçluluk duygusu, ağrı korkusu gibi bağlantılı psikolojik sorunları psikoterapötik ya da cinsel terapi müdahaleleri yoluyla ele almak ve gidermek.

Kaplan, dilatasyon amacıyla kateter ya da başka gereçlerin kullanımından ziyade kadının ve eşinin parmağının kullanımının daha etkili olduğunu belirtmiştir ve özellikle terapide fobilerin üzerine çalışmak gerektiğini vurgulamıştır. Bunların yanında "sensate focus (duyumsal odaklanma)" gibi egzersizlerle penetratif olmayan cinsel aktiviteleri geliştirip, eşlerin birbirlerine olan güvenini, karşılıklı iletişimini ve anlayışını arttıracak, cinsellikten duyulan korkuyu azalatacak müdahalelerde

bulunduktan sonra yavaş yavaş birleşme üzerine çalışılması gerektiğini belirtmiştir (112).

Masters ve Johnson, olguları kliniğe yatırarak ve yoğun terapi programı uygulayarak izlemeyi uygun bulurken, Kaplan ayaktan terapi ile tedavi başarısında Masters ve Johnson'dan daha ileri gitmiştir (107).

Kegel egzersizleri, kadınların pubokoksigeus kasını gevşetmesini öğrenmesine yardımcı olacağını düşünen bazı araştırmacılar tarafından önerilmektedir (166). Gevşeme egzersizlerine ek olarak diazepam gibi benzodizepinlerin de kullanıldığı bilinmektedir (167). 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 (163).

Tedaviye başlamadan önce, organik faktörlerin gözden geçirilmesi gerekir. Fakat, vajinismus tanılı olan kadınlar, vajinaya olabilecek herhangi bir müdahaleden korktukları için bu fiziksel muayene çoğu zaman zor ve bazen travmatik yaşanmaktadır. Jinekolojik muayene öncesi kadını muayeneye hazırlamak, korkunun kontrol altına almasını sağlayabilir. Bazı yazarlar ise jinekolojik muayenenin ertelenmesinin, bu durumun olumsuz sonuçlarının önüne geçebileceğini söylemişlerdir (168).

Literatürde yer alan çalışmalara bakılacak olursa;

Ellison 1968'de, iç görü terapisi ve vajina dilatasyonu ile 100 olgunun %87'sinde cinsel birleşme sağlandığını bildirmiştir (21).

Masters ve Johnson istemsiz kasılmaların oluşumu esnasında hem kadının, hem de erkeğin kadının kontrolünde genişletici yerleştirdiği tedavi denemelerinde 14 seansta, 29 olgunun 29'unda başarılı olmuştur (24). Bu yöntemden esinlenerek kullanılan parmak yerleştirmede hem kadının hem de partnerinin parmağı kadının kontrolünde vajinaya yerleştirilmektedir (31).

Fuchs ve arkadaşları, sistematik duyarsızlaştırma, vajinal dilatatör ve hipnozu kombine ederek 8 ile 10 seans arasında, 37 olguda (%86) birleşme sağlanabildiğini bildirmiş ve bu tedavi kombinasyonunu kullanmayı önermiştir (31,169).

Helen Singer Kaplan vajinismustaki fobi faktörünü ön plana çıkararak, genişleticileri kullanmadan ve eşin katılımını sağlamadan sistematik duyarsızlaşma, bıkırtma, hipnoz, tranklizanlar veya sedatifler kullanmış ve daha derindeki çatışmalar için psikoterapi önermiştir (31,169).

Hawton ve Catalan ise Masters ve Johnson'un tekniğine, cinsel eğitim ve 15 seans çift terapisi eklemişler, 3 çiftte iyileşme olmazken, %80 oranında olguda sorunun tamamen ya da büyük oranda çözüldüğünü bildirmişlerdir (170).

Kayır 1989 yılında başladığı vajinismus olgularına uyguladığı grup tedavisine yönelik gözleminde tedaviyi bırakma oranının düşük, tedaviyi tamamlama yüzdelерinin ise yüksek olduğunu bildirmiştir (171). Grup terapisi ve bibliyoterapi yöntemlerinin vajinismus tedavisindeki etkililiğini gösteren başka araştırma bulguları da mevcuttur (172,173).

Vajinismusun davranışçı tedavisinde 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 yöntemiyle birlikte kullanıldığında başarı oranı %90 olarak bildirilmiştir (167,174-178). 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 birleşebildiği saptanmıştır (179).

Vajinismusun bilişsel terapisi; bilişsel yeniden yapılandırma, eğitim, cinsel terapi ve ev ödevlerinden oluşur. Vajinismusun tedavisinde semptom odaklı tedavilerin değil de birey odaklı tedavilerin daha yararlı; duygusal yakınlık yaşantısının ise tatmin edici bir cinsel yaşam için cinsel birleşmeden daha önemli

olduğunu vurgulanmıştır. Heiman (180) ise vajinismus tedavisinde psikolojik müdahalelerin yetersiz olduğunu; psikoterapötik müdahalelerin yalnızca hafif vajinismus vakaları tedavi edeceğini öne sürmüştür. Benzer şekilde pek çok yazar; bireysel terapilerin uzun, pahalı ve bazı vakalar için faydasız olduğunu ve davranışsal-tıbbi tekniklerle (dilatörlerin kullanılması, aşamalı maruz bırakma, kas gevşetme gibi) yarar sağlanamadığı takdirde hastaların bireysel ya da cinsel terapilere yönlendirilmeleri gerektiğini söylemektedir (177). Tulla ve arkadaşları kliniklerinde bilişsel-davranışçı cinsel terapi ile tedavi edilen 200'ün üzerinde vajinismus vakası olduğunu bildirmiştir (181). Ter Kuilea ve arkadaşlarının (182) 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.

Kabakçı ve Batur (183) 2003 yılında Hacettepe Üniversitesi psikiyatri kliniğine başvuran 28 vajinismus tanısı almış kadın ve eşine 6 ay süreyle bilişsel-davranışçı terapi uygulamış, çiftlerden 14'ü ilk seanslarda terapiyi bırakmış, geri kalan 14 çift tedaviden fayda görmüştür. 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 gözlenmiştir.

Koehler, organik kökeni olmayan vajinismusun tedavisinde, kadınların korkuları üzerinde EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) yönteminin etkili olduğunu ifade etmiştir (184).

Günümüzde cinsel terapiler multidisipliner ve multimodaldır. Vajinismusa modern yaklaşım bilişsel, davranışçı, çiftler arasındaki ilişkiye dayalı ve biyomedikal faktörleri de içeren bir yaklaşımdır. Bazı yazarlar tarafından jinekolog ve cinsel terapist işbirliği önerilmektedir. CİB'in tıbbi yönünü değerlendirebilme bilgisine de

sahip olmalarından dolayı genellikle cinsel terapistlerin, ruh sağığı profesyonelleri olduğı bildirilmiştir.

2.3.8. Metakognitif Terapi ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Metakognitif teori ve terapinin temeli, “kendini düzenleyici yürütücü işlevler modeli”ne (Self-regulatory executive function model/S-REF) dayanmaktadır (185). S-REF modelinde, kognisyonun etkileşim halinde olan üç düzeyi vardır. Bu düzeyler: otomatik, farkındalık düzeyinde olmayan ve refleks olarak devreye giren alt düzey (lower level); olayların bilinçli değerdirmelerini, eylem ve düşüncelerin kontrolünü içeren çevrimiçi işleme düzeyi (online processing level) ve uzun süreli bellekte depolanan benlik bilgisi ve inançlardır (self-knowledge). S-REF modeli, dikkati benliğe çevirerek, dışsal ve fiziksel uyarıların ve bilişlerin anlamını değerdirmektedir. S-REF etkinliğı kişinin tehlikeli olduğunu düşündüğü uyarılara tepki olarak, kendi düşüncelerinin anlamlarını değerdendirerek düşünce stratejilerinden birini uygulamalarına olanak vermektedir (186).

Üst bilişsel teoriyi kullanan metakognitif terapilerin amacı olumsuz düşünce ve deneyimlere ilişkin farkındalığı arttırmaktır. Bunu yaparken de altta yatan üst bilişsel inançların değıştirilmesine odaklanmaktadır (41). Bir meta-analizinin araştırmasının sonuçları, üst bilişlere odaklanan terapilerin özellikle anksiyete ve depresyon tedavisinde etkili ve bilişsel-davranışçı terapiden üstün olduğunu öne sürmektedir (187).

Metakognitif terapinin CİB’de etkinliğı merak edilmiştir. Azalmış cinsel istek bozukluğı olan çiftlerde metakognitif terapi etkinliğı araştırılan bir çalışmada, cinsel isteğın; metakognitif terapi uygulanan grupta, Master and Johnson cinsel terapi tekniğının uygulandığı gruba göre belirgin olarak artmış olduğı görülmüştür (44).

2.3.9. Duygu odaklı terapi ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Duygu-odaklı terapi, danışanın hislerine yönelik artmış farkındalığı, toleransı, düzenlemeyi, dönüşümü ve kabullenmeyi sağılar. Greenberg’e göre duygu-odaklı çalışan terapist, danışanın duygu şemalarında değışikliğı kolaylaştırmak için onun duygusal işlemeyle çalışabilecek özel teknikler kullanır (51). Duygusal yaşantının

işlemlenmesinde; bedensel duyumların farkına varılması, bedensel duyumların ve duygulanımsal yaşantıların tanımlanması, yeni duyguların değerlendirilmesi, duygulanımsal yaşantının yansıtılması ve uygun duygusal ifadenin sağlanması için duygulanımın düzenlenmesi gibi bazı önemli basamaklar tanımlanmıştır (51,188-191).

Bazı insanlar özellikle cinsellik ve saldırganlıkla ilgili hisler yaşadıklarında bunun yanlış olduğuna inanır ve suçluluk hissedebilirken diğerleri bu duygu ve fantezileri insan yaşantısının doğal bir parçası olarak kabullenirler. Kognitif model, duygusal odaklı modeli tek başına veya kombinasyon halinde terapötik müdahalelerde önermektedir. Öfke, kaygı, üzüntü veya cinsel duyguların kavramlaştırılmasını inceledikten sonra farklı bir sonuç kalıbının elde edilebileceği makuldur. Mevcut kavramsallaştırma, klinisyene, duyguların bilişsel kuram ve terapiye nasıl entegre olabileceğini düşünmede yardımcı olabilir (192).

Cinsel bağlamdaki duygusal tepki ile ilgili olarak korkunun rolü vajinismusun başlıca öngörücülerinden biridir. Nobre ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada vajinismus hastalarında karakteristik olarak görülen kaçınma davranışının anksiyete bozukluğundaki ortaklığına dikkat çekmişlerdir (61). Leahy; duygusal şemaları özellikle anksiyete bozukluklarında olmak üzere kişinin bilişsel-davranışçı terapi sürecinde gerçekleşecek olan terapötik değişime olan direncinin altında yatan nedenlerden biri olarak görmektedir (192).

2.3.10. Tedavi Prognozu

Vajinismus tedavi sonuçlarını gözden geçiren bir makalede vajinismus tedavi sonuçlarını bildiren çok sayıda olgu serisi ve kontrollü olmayan çalışma literatürü bulunmakla birlikte, randomize, kontrollü, karşılaştırma yapılan çalışma sayısının az olduğunu ve hiçbirisinde tedavi edilmeyen grup karşılaştırma grubu olarak alınmadığından bu koşullar altında vajinismusta iyi sonuçlar verdiği öne sürülen tedavi yöntemlerinin nasıl işlediği hakkında fikir sahibi olunmasının mümkün olmadığını belirtilmektedir (193). Bu çalışmaların en önemli sorunlarından birisi, başarılı vajinismus tedavisinin ölçütünü penisin vajinaya girmesi olarak görmesidir (112). 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 (176). Ayrıca vajinismus tedavisinde çok önemli olmasına rağmen tedaviyi bırakma oranları araştırmacılar tarafından nadiren belirtilmiştir (112).

Prognoz açısından, tedavi başarısı ile olguların geçmiş cinsel öyküleri arasında ilişki bulunamamıştır. Scholl'a göre, motivasyonel faktörler, cerrahi müdahale öyküsü, partnerin vajinismusunu kabullenmesi, organik patolojilerin varlığı, cinsel bilgi düzeyi, cinsel yolla geçen hastalık korkusu, cinselliğe yönelik ebeveynlerden öğrenilmiş davranışlar ve kişinin kendi genitallerine yönelik düşünceleri vajinismus tedavisinin süresini etkileyen faktörlerdir (194,195).

Vajinismus ile ilgili sınırlı sayıda izlem çalışması vardır. Mock ve arkadaşlarının 1987'de, 67 vajinismus olgusunu tedavi sonrası değerlendirdiği çalışmasında, olguların 7'sine ulaşamamış, 20'si ilişkilerinde yaşadıkları bu dönemi tekrar hatırlamak istemediklerini belirterek çalışmaya katılmayı reddetmiş, telefonda görüşülebilen 13 olgunun hala birleşemediği öğrenilmiştir. 47 olgu/çiftle görüşülmüş, bu görüşülen kişilerin %70'i birleşmeden haz aldıklarını belirtmiş, %8'i bir şekilde birleştiklerini ama keyif almadan bunu gerçekleştirdiklerini tanımlamışlardır (196).

Barnes, 5 çifti izleme almış, bu izlemde 2 kadın hamile kalmış, 1 çift birleşmekten zevk aldığını, 2 çiftin ise birleşmediğini bildirmiştir (124).

Graziottin, vaginismusta tanı ve prognostik faktörlerin aşağıdaki değişkenler üzerinden değerlendirilebilir olduğunu söylemiştir:

- 1-Penetrasyona yönelik fobik davranışın şiddeti (hafif,orta,şiddetli)
- 2-Pelvik taban hipertonisitesi
- 3-Eşlik eden kişisel veya ilişki ile ilgili psikoseksüel problemler (197)

Azalmış cinsel istek bozukluğu olan çiftlerde metakognitif terapi etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada; cinsel istek; metakognitif terapi uygulanan grupta, Master and Johnson cinsel terapi tekniğinin uygulandığı gruba göre belirgin artmış olarak

bulunmuştur (44). Ancak tedavi sonrası iki grup arasında kaydedilen fark, 6 aylık izlemde artık anlamlı olarak saptanmamıştır.

2.4. Üst Bilişel Kuram

Üst biliş teriminin ilk kez 1971 yılında Flavell tarafından kullanıldığı düşünülmekle birlikte üst bilişi kasteden Simonides'in loci yöntemi veya W. James'in "dilimin ucunda" ifadesi gibi düşüncelerin de daha önceden varolduğu bilinmektedir (36,37). Flavell, 70'li yıllarda çocukların belleklerinin işlevleri, sınırları ve kullandıkları stratejiler üzerinde yaptığı araştırmalarının bir sonucu olarak, üst bellek (metamemory) kavramını ortaya atmış; daha sonra bu kavramı genişleterek "bireyin kendi bellek ve öğrenme süreçleri üzerindeki kontrolünü" ifade etmek üzere 'üst biliş' terimini kullanmıştır (38).

Üst biliş gözlemlene, düzenleme, değerlendirme için kullanılan inançlar ve süreçler anlamına gelmektedir ve kişinin ne düşündüğünden ziyade nasıl düşündüğü üzerine odaklanır (39,41). Wells ve Matthew'un (186) tanımına göre ise düşünme hakkında düşünme, neyi bildiğimizi veya bilmediğimizi bilme süreci olarak tanımlanmaktadır.

Üst biliş, Flavell'den bu yana çok boyutlu ve kapsayıcı bir yapı olarak anlatılmaktadır. Flavell'a göre (39) üst biliş; üst bilişsel bilgiler, üst bilişsel deneyimler, amaçlar (görevler) ve stratejilerden meydana gelir. Brown üst biliş (40); bilişsel bilgi ve bilişin düzenlenmesi olarak iki kısma ayırmıştır. Her iki sınıflamada da ikinci boyutlar, kişinin kendi bilişlerini izlemesi, denetlemesi ve düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Wells ise üst bilişin üç ana boyutu olduğunu iddia etmektedir. Bu boyutlar üst bilişsel bilgi, üst bilişsel deneyimler ve üst bilişsel kontrol stratejileridir.

Üst bilişsel bilgi, bilişsel işlemlerimize dair inançlarımızdır (39). Üst bilişsel bilgiler uzun süreli bellekte depolanmış bulunduklarından stabil bir nitelikte ve bilinçli olabileceği gibi örtük biçimde de olabilirler (198). Üst bilişsel inançlar kişinin duygularına, inançlarına, olumsuz düşüncelerine verdiği tepkilerde anahtar role sahiptir (41).

Üst bilişsel deneyimler, kişinin kendi zihin durumuyla ilişkili veya ona eşlik eden durumsal değerlendirmeleri ve duygularıdır. Düşüncelerin ve duyguların olumsuz değerlendirilmesi tehlike algısını ve düşünceleri kontrol etme çabasını artırır (199).

Üst bilişsel izleme, belirli bir bilişsel sürecin takibi, o anki amacına yönelik olarak kendi bilişsel durumunun ve ilerleyişinin değerlendirilmesidir (36,38). Üst bilişsel amaçlar (görevler), bilişsel olayların amacıyla ilgilidir. Stratejiler ise amaçları yerine getirmek için kullanılan bilişler ve davranışların bütünüdür (39).

Üst bilişsel stratejiler, kişinin duygularını ve bilişlerini değiştirme ve kontrol etme çabasıdır. Bu çabalar, düşünceleri bastırmayı, kişinin sorunlarını çözmek için deneyimlerini gözden geçirmeyi, sorunlardan kaçınmak için olabilecek ön görmeye çalışmayı içerir ki kişi tarafından seçilmiş olan bu stratejiler bilişsel aktivitelerin doğasını değiştirip, baskılayabilir ya da şiddetlendirebilir. Baskılama ve özel biçimlerde düşünme gibi kontrol stratejileri, düşüncelere defalarca maruziyete neden olduğu için duygusal alışma gibi normal duygusal süreçleri bozar ve hatta kişinin tehlike algısını devam ettirerek kontrolün kaybedildiği hissine dahi neden olabilir (41).

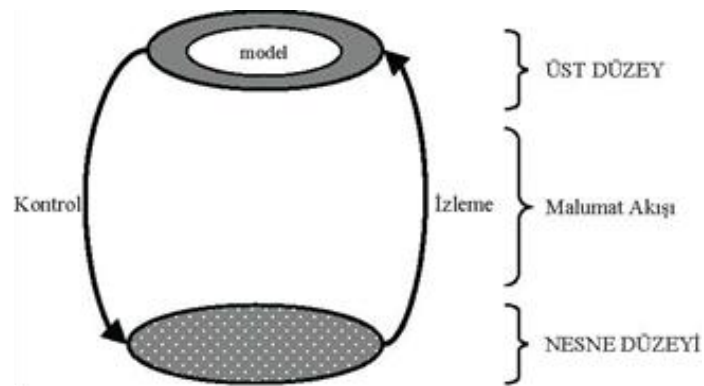
Üst bilişsel denetleme, süregelen bilişsel etkinliğin düzenlenmesini, gözlem sonucu elde edilen bilgiye dayalı olarak yapılan bilinçli ya da bilinçsiz tercihleri ifade ederek etkinliğin başlatılmasını; devam etmesini, durdurulmasına veya kullanılan stratejinin değiştirilmesini sağlar (36,200). Tablo 1’de üst bilişle ilgili önemli kavramlar ve açıklamaları gösterilmiştir.

Tablo 1: Üst Bilişle İlgili Önemli Kavramlar ve Açıklamalar

Kavram	Açıklama
Biliş	Sembolik zihinsel etkinlikler ve zihinsel temsiller
Üst Biliş	Diğer bilişler hakkındaki bilişler
Üst Bilişsel Bilgi	Bilişler hakkındaki bilgiler
Üst Bilişsel İzleme	Bir bilişsel etkinliğin mevcut halinin değerlendirilmesi
Üst Bilişsel Denetleme	Bilişsel etkinliğin çeşitli yönlerinin düzenlenmesi

Not. Dunlosky ve Metcalfe’den (2009) uyarlanmıştır.

Nelson'a göre üst biliş bireyin kendi bilişleri hakkındaki bilişleri olarak tanımlanabilecek özel bir biliş türüdür. Nelson ve Narens üst biliş kavramı için iki yapıdan bahsetmektedirler. Bu yapılar, üst-düzey (meta-level) ve nesne-düzeyi (object-level) olarak adlandırmışlardır (201). Nesne-düzeyi, öğrenme, problem çözme gibi sürmekte olan herhangi bir bilişsel süreç olarak ele alınabilir. Üst-düzey ise, kişinin mevcut görevi tamamlamak için meşgul olduğu bilişsel süreçlerin ve icra ettiği görevi kavrayışının bir modelini ihtiva eder. Bu model, bireyin görevdeki durumunu izlemesi ile biçimlendiği kadar bireyin mevcut üst bilişsel bilgileri tarafından da şekillendirilir. Üst-düzey ve nesne-düzeyi arasındaki etkileşim, üst bilişin iki işlemsel etkinliği olan izleme ve denetleme ile sağlanır. Bu iki düzey arasında çift yönlü bir bilgi akışı vardır. Nesne-düzeyinden üst-düzeye doğru olan akış üst bilişsel gözlem (metacognitive monitoring) olarak isimlendirilmektedir. Bu bilgi akışında data toplamak için kullanılan temel araç kişilerin öznel bildirimleridir. Öznel bildirimlerin üst bilişsel gözlemlerde temel veri aracı olarak kullanılmasının sonucunda yanlışlık ya da bilişsel çarpıtma ortaya çıkabilmektedir. Üst-düzey, bu akışa bağlı olarak, denetleme işlevi vasıtasıyla nesne-düzeyindeki işlemin durumunu ya da işlemin kendisini düzenleyerek bu işlemin başlamasına, devam etmesine, değiştirilmesine veya durmasına neden olur (200). Bu iki yönlü bilgi akışı üst bilişi oluşturmaktadır (201). Nelson ve Narens, herhangi bir bilişsel etkinlik esnasında, biliş ile üst bilişin bağlantılarına ve üst bilişin üç yüzünün birlikte nasıl çalıştığına ilişkin genel bir çerçeve geliştirmişlerdir (37,200).



Şekil 3: Üst Biliş (üst-düzey) ve Bilişin (nesne-düzeyi) Bağlantıları ve İşleyiş Çerçevesi

Not: Nelson ve Narens'dan (1996) uyarlanmıştır (200).

Üst bilişsel kurama göre psikolojik bozukluklar BDS olarak adlandırılan toksik düşünme biçimine bağlıdır. BDS; ruminasyon, endişe (worry), tehlikeye odaklanma ve faydasız baş etme davranışlarından (düşünce kontrol stratejileri ve davranışsal, bilişsel ve duygusal kaçınma) oluşur. BDS, kişinin düşünme süreci hakkındaki yanlış inançları (üst-bilişsel inançlar) tarafından kontrol edilir. Olumlu üst-bilişsel inançlar BDS'nin oluşumuna neden olan bilişsel aktiviteleri yapmanın avantajları ve faydaları ile ilişkilidir (örn. gelecek hakkında endişelenmek tehlikelerden kaçınmama yardım eder). Olumsuz üst bilişsel inançlar düşüncelerin ve bilişsel deneyimlerin kontrol edilemezliği, önemi, anlamı ve tehlikeliliği ile ilişkilidir (örn. endişelenmek aklıma zarar verecek) (41).

Psikolojik rahatsızlıkların oluşmasında ve devam etmesinde rol oynayan üst-bilişsel süreçlerden birisi olan ruminasyon; devamlı olarak tekrar eden, ısrarcı, genellikle olumsuz duyguduruma yanıt olarak ortaya çıkan ve genel bir konu etrafında dönen bilinçli düşünceler kümesidir. Conwey ve arkadaşlarının yapmış olduğu tanımda ruminasyon 'kişinin şu andaki sıkıntısını ilgilendiren ve üzüntüsü ile ilişkili tekrarlayıcı düşünceleri' içerir (202). Depresyonun ümitsizlik kuramı ve Beck'in bilişsel kuramı temelinde, Alloy ve arkadaşları Nolen-Hoeksema'nın yanıt biçim kuramının daha kapsamlı bir şeklini önermişlerdir. Bu kapsamda Alloy ve arkadaşları, stresli yaşam olayları sonucunda ortaya çıkan olumsuz çıkarsamalar üzerinde ruminasyon yapmaya eğilim şeklinde ifade edilen stres-tepki ruminasyon konseptini geliştirmiştir. Nolen-Hoeksema tarafından önerilen emosyon odaklı ruminasyon depresif duygu duruma yanıt olarak oluşan düşünme iken stres-tepki ruminasyonun depresif duygu durumu başlangıcından önce oluştuğu düşünülür. Papageorgiou ve Wells, depresyonda başarısızlık ve kayıplarla ilişkili olumsuz düşüncelerin nispeten kısa olduğunu, başlangıçtaki olumsuz düşüncelere yanıt olarak ortaya çıkan ruminasyonun ise kendine odaklı, olumsuz, tekrarlayıcı uzun düşünme zinciri içerdiğini söylemişlerdir (203-204). Psikopatolojiyi anlamada perseveratif olumsuz düşünmenin tek faktör olmadığı, self-regülasyon ve bilgi işleme üzerinde etkileri olan düşünme süreçleriyle ilgili inançlar, düşünmenin doğası ve esnekliğinin de önemli olduğu gösterilmiştir (205). Klinik olmayan örneklemelerde depresif ve anksiyöz düşüncelerin üst bilişsel süreçlerinin karşılaştırıldığı

çalışmalarda ruminatif ve kaygı uyandırıcı düşünmenin bir dizi benzerliğinin olduğu ancak aynı zamanda birçok alanda farklılıklarının olduğu ortaya koyulmuştur.

Metakognitif teori ve terapisinin temeli, S-REF modeline dayanmaktadır (205). S-REF modelinde, kognisyonun etkileşim halinde olan üç düzeyi vardır. Bu düzeyler: otomatik, farkındalık düzeyinde olmayan ve refleks olarak devreye giren alt düzey (lower level); olayların bilinçli değerlendirmelerini, eylem ve düşüncelerin kontrolünü içeren çevrimiçi işleme düzeyi (online processing level) ve uzun süreli bellekte depolanan benlik bilgisi ve inançlardır (self-knowledge) (206). S-REF modeli, dikkati benliğe çevirerek, dışsal ve fiziksel uyarıların ve bilişlerin anlamını değerlendirmektedir. S-REF etkinliği kişinin tehlikeli olduğunu düşündüğu uyarılara tepki olarak, kendi düşüncelerinin anlamlarını değerlendirerek düşünce stratejilerinden birini uygulamalarına olanak vermektedir (186).

2.4.1. Üst Biliş ve Psikopatoloji

Son yıllarda psikiyatrik bozukluklarla ilgili üst bilişsel modelleri araştıran araştırmaların sayısındaki artış göze çarpmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (207,208), travma sonrası stres bozukluğu (209), psikozlar (210-212), depresyon (213) ve madde kötüye kullanımında (214) üst bilişin rolünü araştıran çalışmalar üst bilişin bu sorunlarda önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Ek olarak özellikle kaygı bozukluklarında üst bilişin rolünü açıklamaya yönelik üst bilişsel modeller geliştirilmiştir.

Tüm üst bilişsel süreçlerin ele aldığı kavramlar üzerinde düşünöldüğünde, psikolojide bu kavramın ilişkili olduğu öngörölemeyecek az sayıda konu bulunabileceği söylenebilir. Bu ilişkili kavramlar üst bilişsel farkındalık, deneyim, bilgi, beceri, kanaatler; üst bellek, bilme hissi, öğrenme kararları; kendini düzenleme, kendini izleme, kendini değerlendirme gibi bağlantılı çok sayıda yeni ve eski terim ve tanımlamadan oluşur (215).

2.4.2. Üst Biliş ve Cinsel İşlev Bozuklukları

CİB’de üst bilişsel modeller merak edilmiştir. Erkek CİB’de metakognitif inançların araştırıldığı bir çalışmada bozukluğun başlangıcında ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynayabileceğini düşündüren bulgulara rastlanmıştır (42).

Vajinismusta spesifik olarak metakognitif bağlamda olmasa da; ruminasyon, endişe (worry), tehlikeye odaklanma ve faydasız baş etme davranışları gibi (düşünce kontrol stratejileri ve davranışsal, bilişsel ve duygusal kaçınma gibi) BDS komponentlerinden birkaçının araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Örneğin, yaşam boyu vajinismus olgularının cinsel fonksiyonlarının, biliş ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada, kaçınma davranışı vajinismus tanısı olan kadınlarda yüksek olarak bulunmuştur. Ek olarak penetrasyon sırasında kontrol kaybı hakkındaki endişe, penetrasyon ilişkili negatif benlik imgesi bilişleri, felaketleştirme ve ağrıya spesifik bilişler ile cinsel/genital uyumsuzluk bilişleri kontrol grubuna göre daha fazla; penetrasyona yönelik olumlu bilişler daha az olarak bulunmuştur (43).

2.4.3. Metakognitif Terapi ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Üst bilişsel teoriyi kullanan metakognitif terapilerin amacı olumsuz düşünce ve deneyimlere ilişkin farkındalığı arttırmaktır (41). Bunu yaparken de altta yatan üst bilişsel inançların değiştirilmesine odaklanmaktadır. Bir meta-analizin araştırmasının sonuçları, üst bilişlere odaklanan terapilerin özellikle anksiyete ve depresyon bozukluklarının tedavisinde etkili ve bilişsel-davranışçı terapiden üstün olduğunu öne sürmektedir (187).

Metakognitif terapinin CİB’de etkinliği merak edilmiştir. Azalmış cinsel istek bozukluğu olan çiftlerde metakognitif terapi etkinliği araştırılan bir çalışmada, cinsel isteğin; metakognitif terapi uygulanan grupta, Master and Johnson cinsel terapi tekniğinin uygulandığı gruba göre belirgin olarak artmış olduğu görülmüştür (44).

2.5. Duygusal Şemalar

Bilişsel terapi kuramları, davranışların değerlendirilmesinde ve tedavisinde, şema olarak adlandırılan temel bilişsel yapılar üzerinde de durmaktadır (216). Bilişsel terapiye göre bilişsel şemalar psikolojik işlevsellik ve adaptasyonda merkezi

rolü oynarlar (217). İşlevsel olmayan bilişler, duygular ve davranışlar uyum bozucu şemalar sonucu ortaya çıkmaktadır (218).

Erken dönem uyum bozucu şemalar (EDUBŞ) olarak da bilinen bu şemaların; kişinin ailesi, kardeşleri ve arkadaşları ile işlevselliği bozan deneyimleri ve genetik olarak yatkın mizaç özelliklerinin (özellikle nörotisizm) birlikteliği sonucu çocukluk dönemi boyunca oluştuğu varsayılır (219).

Bilişsel teorisyenler, duyguların rolünü; olumsuz şemalar veya düşüncelerin, olumsuz içerikle ilgili hafıza ve seçici dikkatin harekete geçmesi için başlatıcı bir faktör olarak görürler (45). Bilişsel terapi duyguyu sorunlu bir durum olarak görmektedir. Bazı bilişsel kuramcılar ise duygunun, bilişin bir ürünü olmaktan daha fazlasını ifade ettiğini savunmaya başlamışlardır ve duygu bazı zamanlar bilişlerin sonucu olduğu kadar bilgi işlemlenin bir tipi ve anlamlandırmanın kaynağı olarak görülmüştür. Beck ve arkadaşları kişilerin kendilerini belirli durumlarda yönlendiren bir dizi kuralı içeren duygusal, fiziksel, ilişkisel ve kararlarıyla ilgili şemaları olduğunu göstermişlerdir. İşlevsellikteki bozulma, bu şema süreçlerinin herhangi birinin dışı vurumudur. Beck, bu şemaların üzerinde duran daha üst ve organize bir yapı önermiştir (46-48). Bu üst yapıdan, anksiyete, depresyon ve öfkeyi içeren ‘mod’ olarak bahsetmiştir (49-51).

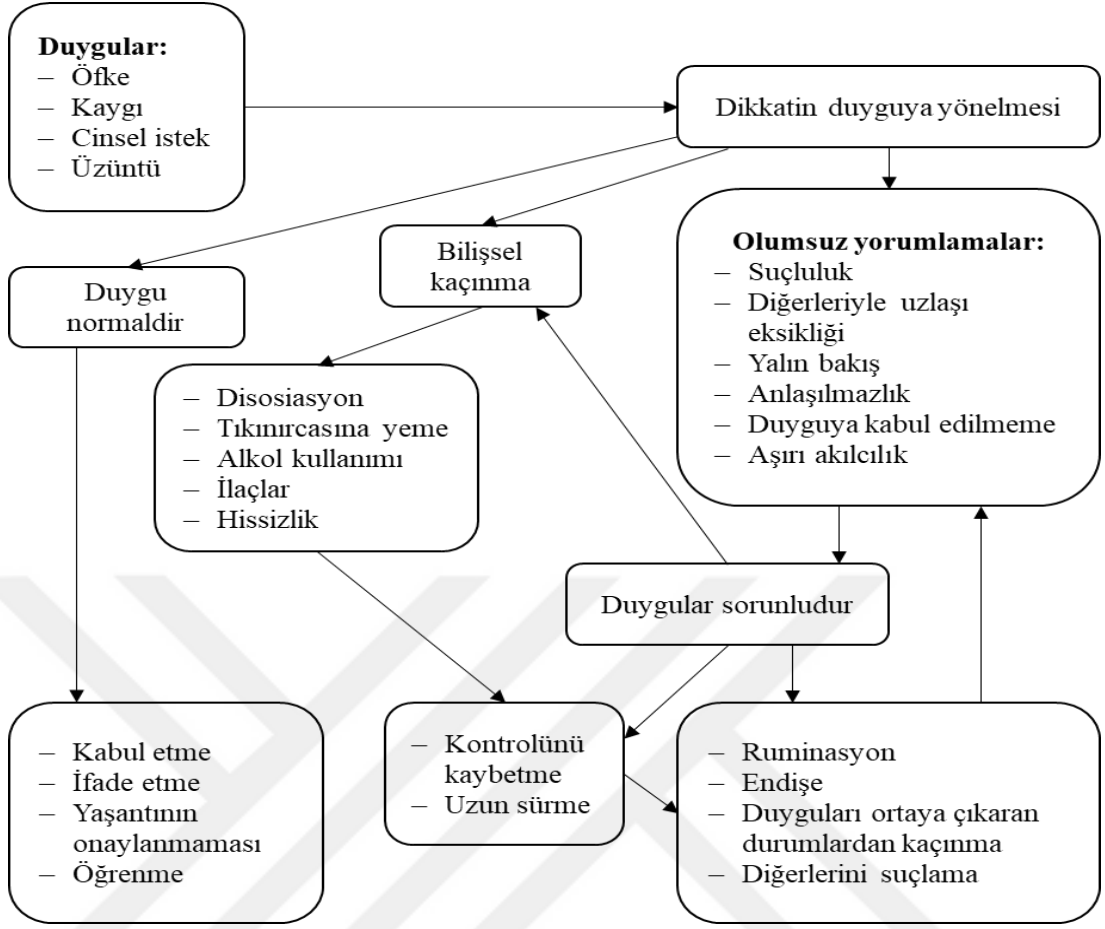
Son dönemde yapılan bazı araştırmalar, duyguların bilişlerden sonra ortaya çıktığına dair yaygın görüşün tutarsızlığını açık bir şekilde yansıtmaktadır (49-51). Duygular sıklıkla bilişi önceler ancak daha da önemlisi, bilgi edinme süreçlerine hayati katkılarda bulunur (52-55). Nörobilimdeki gelişmeler, duyguların birçok bilişsel süreçte özellikle karar verme süreçlerinde gerekli olduğunu ve duygulardaki değişimlerin bilişsel süreçlerdeki değişikliklere yol açtığını göstermektedir (186,205,220).

Leahy (56); Wells ve arkadaşlarının üst-bilişsel işleme modelinin üzerine inşa ettiği bir model geliştirmiş ve bir duyguya yanıt olarak kullanılan planlar, yaklaşımlar ve stratejileri “duygusal şema” olarak adlandırmıştır. Leahy’nin modelini Wells’in üst bilişsel modelinden ayıran en önemli özellik ‘başa çıkma stratejilerine’ yaptığı vurgudur. Leahy’nin duygusal şema modelinde, sıkıntı verici

bir duygu yaşandığında, bir dizi yorumlama süreci ve bağlantılı stratejiler ortaya çıkmaktadır. Her iki kuramda da bir duygu belirdiğinde ilk aşama dikkatinin duyguya yönelmesi olarak kabul edilmektedir. Wells'ten farklı olarak, Leahy'nin modelinde ikinci aşama ortaya çıkmakta ve ilgili duyguya yönelik duygusal ve bilişsel yaklaşım biçimleri harekete geçmektedir (57).

Duygusal düzenleme (emotion regulation) bir duygu ile istenilmeyen bir düzeyde karşı karşı karşıya kalındığında kişilerin kullandığı herhangi bir baş etme stratejisini (sorunlu veya uyumlu) içerir. Emosyon regülasyonunun hemostatik bir termostata benzediğini anlamak önemlidir (56). Folkman and Lazarus duygu ile baş etme üzerine sekiz strateji tanımlamıştır: olumlu tekrar değerlendirme, planlı sorun çözümü, kaçma-kaçınma, sosyal destek arama, kendini kontrol etme, uzaklaştırma, yüzleştirme (58).

Beck'in modelinde vurgulandığı gibi, duygusal şema modeli, adaptasyonun aktif modunu, değerlendirmeyi ve yorumlamayı içeren duygularla baş etme stratejilerini ve duyguların yorumlanmasını içerir (56). Duygusal şema modeli, bireylerin duyguları kavramsallaştırmada farklılık sergileyebileceklerini öngörür. Modele göre, her insan duyguları hakkında farklı şemalara sahiptir. Duygusal şemalar, duyguların ne şekilde yaşandığını ve istenilmeyen bir duygu ortaya çıktığında bireyin bu duyguyu uygun bir şekilde yönetmek için sahip olduğu inançlarını gösterir.



Şekil 4: Duygu Şema Modeli

Duygusal şema modelinde, kişiler duygusal deneyimlerini yorumlama açısından birbirlerinden farklılık gösterirler ve duygularıyla baş edebilmek için yaşantısal kaçınma (örn. bastırma, kaçma, kaçınma, hissizlik), faydasız “bilişsel stratejiler” (örn. ruminasyon ve endişeye aşırı güven) ve sosyal destek arama davranışlarını kullanırlar. İşlev bozucu duygusal stratejiler ve yorumlar; onaylanmama (“diğer insanlar hissettiklerimi anlayamaz”), anlaşılabilirlik (“Duygularım bana anlamlı gelmiyor”), suçluluk ve utanç (“Bu duygulara sahip olmamalıyım ya da bu şekilde hissettiğimi kimse bilmemeli”), basit düşünceler (“Karışık duygulara sahip olmamalıyım”), yüksek değerlerin olmaması (“Duygularım benim değerlerimle ilgisizdir”), kontrol (“Duygularımı kontrolden çıkmasından korkuyorum”), rasyonellik (“Mantıklı ve rasyonel olmalıyım, duygusal değil”), süreklilik (“Duygularım uzun süre geçmeyecek”), ortak özelliklerin bulunmadığına inanma, uzlaşma (“Diğer insanlar da aynı duygulara sahip değilim”) kabul etmeme (“Bu duygularımın varlığını kabul edemem), ruminasyon (“Ne kadar

kötü hissettiğim hakkında oturup düşünmeliyim”), açığa çıkarmama (“Ağlamamalıyım”), suçlama (“Bu şekilde hissetmeme diğer insanlar neden oluyor”) kavramlarını içermektedir (56,57).

2.5.1. Duygusal Şema ve Psikopatoloji

İşlevsel olmayan bilişler, duygular ve davranışlar sonucu ortaya çıkan uyum bozucu şemalar (218); kişi olumsuz bir yaşam olayı ile karşılaştığında aktif hale gelir ve kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozukluklarını içeren çeşitli psikopatolojilere neden olur. Young, EDUBŞ’i kişilik bozukluklarının ve uzun dönemli kategorik sorunların çekirdeği olarak görür (221,222).

Young’ın ortaya koyduğu EDUBŞ modelinin yanında Leahy tarafından ortaya koyulan duygusal şema modelinde de birçok psikolojik rahatsızlığın temelinde kişinin duyguları ile olan ilişkilerinin olduğu belirtilmektedir (223).

Bazı kuramcılar günlük olaylar karşısında duygusal tepkilerini etkin bir şekilde düzenleyemeyen kişilerin depresyon veya anksiyete bozukluğuna dönüşebilen stres dönemlerinin daha uzun ve ağır seyrettiğini belirtmektedir (224). Altı emosyon regülasyon stratejisi (kabul, kaçınma, sorun çözme, yeniden değerlendirme, ruminasyon ve baskılama) ve dört psikopatolojik belirti (anksiyete, depresyon, yemek yeme, ve maddeye bağlı bozukluklar) arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir meta-analizde psikopatolojinin maladaptif stratejiler (ruminasyon, kaçınma, bastırma) ile daha fazla ilişkili, adaptif stratejiler (kabul etme, yeniden değerlendirme ve sorun çözme) ile daha az ilişkili olduğu saptanmıştır (59).

Leahy’nin 53 psikoterapi hastası üzerinde yaptığı çalışmada depresyonun ve anksiyetenin ruminasyon, duyguların uzun süreceği, suçluluk kavramları ile daha fazla ilişkili olduğunu; kontrol edilebilirlik, anlaşılabilirlik ile daha az ilişkili olduğunu ve depresyonu ve anksiyetesi olan bireylerin diğerlerinden farklı duyguları olduğunu saptamıştır (225). Aşırı endişenin birçok komponenti olmasına rağmen (örn. belirsizliğe tahammülsüzlük, azalmış sorun odaklı stratejiler, üst bilişsel fakörler), duygusal kaçınma, endişenin aktivasyonunda ve devam etmesinde anahtar rol oynamaktadır (226). Benzer şekilde ruminasyon depresyonun bilişsel biçimi için yüksek risk taşıyor ve yaşantısal veya duygusal kaçınma stratejisi olarak

kavramsallaştırılır. Hayes ve ark. yaşantısal kaçınmanın, psikopatolojinin farklı biçimlerinin altında yatan bir süreç olduğunu söyler (227,228). Yaşantısal veya duygusal kaçınmayı kullanan kişiler psikopatoloji açısından artmış risk altındadırlar. Bununla birlikte bazı durumlarda duygusal baskılama yapan kişiler işlevsiz baş etme mekanizmalarını kullanıyor olabilirler. Örneğin, duygusal kaçınmanın bir biçimi olan duygusal baskılama yüksek duygusal zorluklar için bir risk faktörü olarak tanımlanabilir (56). Duyguların açığa çıkarılması psikolojik strese iyileşme ile bağlantılıdır ki belli bir zaman dönemi üzerinde duyguların günlük olarak kaydedilmesi olayları daha hissedilir hale getirmekte ve böylece duyguları deneyimleme sürecinde yardımcı olmaktadır (229,230). Gerçekte, duyguları yansıtmaya, açığa çıkarmaya ve aktive etmenin depresyon için iyileştirici etkisi olabilir. Duygusal baskılama ölçeğinde başlangıçta daha yüksek olan depresif kişiler depresif belirtilerin azalması ile sonuçlanan ekspresif yazma şeklindeki 6 haftalık tedaviden faydalanmıştır (231).

2.5.2. Şemalar ve Cinsel İşlev Bozuklukları

İşlevsel olmayan bilişler, duygular ve davranışlar sonucu ortaya çıkan uyum bozucu şemalar (218); uzun dönemli kategorik sorunların çekirdeği olarak görülür. Yapılan çalışmalarda CİB olan kadınlarda başarısızlık, bağımlılık, yetersizlik, tehlikeye duyarlılık, değersizlik ve yalnızlık şemaları CİB olmayan kadınlara göre çok daha yüksek bulunmuştur (60). Literatüre bakıldığında yetersizlik, değersizlik, başarısızlık gibi şemaların vajinismus grubunda kontrol grubuna göre oldukça fazla oranda görüldüğü ve başarısızlık, korku duygusu ve yetersizlik şemalarının vajinismusun en iyi öngörücülerinden olduğu gösterilmiştir (61).

Duygusal yaşantının işlenmesinde; bedensel duyuların farkına varılması, bedensel duyuların ve duygulanımsal yaşantıların tanımlanması, yeni duyguların değerlendirilmesi, duygulanımsal yaşantının yansıtılması ve uygun duygusal ifadenin sağlanması için duygulanımın düzenlenmesi gibi bazı önemli basamaklar tanımlanmıştır (51,188-191). Bazı insanlar özellikle cinsellik ve saldırganlıkla ilgili hisler yaşadıklarında bunun yanlış olduğuna inanır ve suçluluk hissedebilirken diğerleri bu duygu ve fantezileri insan yaşantısının doğal bir parçası olarak kabullenirler. Kognitif model, duygusal odaklı modeli tek başına veya

kombinasyon halinde, terapötik müdahalelerde önermektedir. Öfke, kaygı, üzüntü veya cinsel duyguların kavramlaştırılmasını inceledikten sonra farklı bir sonuç kalıbının elde edilebileceği makuldur. Mevcut kavramsallaştırma, klinisyene, duyguların bilişsel kuram ve terapiye nasıl entegre olabileceğini düşünmede yardımcı olabilir (232).

Nobre ve arkadaşları (61) yaptıkları bir çalışmada cinsel bağlamdaki duygusal tepki olarak korkunun vajinismusun başlıca öngörücülerinden biri olduğunu ve kaçınma davranışının vajinismus hastalarında karakteristik olarak görülen başa çıkma biçimlerinden olduğunu belirtmişlerdir. Leahy'nin duygusal şema modelinde, sıkıntı verici bir duygu yaşandığında, bir dizi yorumlama süreci ve bağlantılı stratejiler ortaya çıkmaktadır. Leahy'nin modelini Wells'in üst bilişsel modelinden ayıran en önemli özellik 'başa çıkma stratejilerine' yaptığı vurgudur. Nobre (61), aynı zamanda korku ve kaçınma davranışının anksiyete bozukluğundaki ortaklığına dikkat çekmiştir. Leahy (56); duygusal şemaları özellikle anksiyete bozukluklarında olmak üzere kişinin bilişsel-davranışçı terapi sürecinde gerçekleşecek olan terapötik değişime olan direncinin altında yatan nedenlerden biri olarak görmektedir.

2.5.3. Cinsel İşlev Bozukluklarında Duygu Odaklı Terapi ve Şema Terapi

Geleneksel bilişsel-davranışçı seks terapisi, danışanın mevcut semptomları ve sürdürücü mekanizmalarına daha fazla odaklanarak danışanın zorluklarının daha geniş bağlamlarını ihmal etme eğiliminde olabilir. Buna karşın, psikodinamik terapiler, mevcut zorlukların başlangıçtaki gelişim kökenlerini aşırı vurgulayabilir, güncel problemi ve bunu güçlendirilen sorunları ihmal edebilir. CİB'in şema terapi modelinde ele alınması, mevcut koşullar tarafından aktive edilen çekirdek gelişimsel, kişilik ve problemin ortaya çıkardığı bağlamsal faktörlerin detaylandırılmasına izin verirken, etkili kısa vadeli müdahaleleri kolaylaştıran odaklanmış tedavi yöntemi sağlayabilir (63).

Bir CİB vakasında geleneksel bilişsel davranışçı terapinin uygulanması sonrasında aynı vakanın şema terapi çerçevesinde ele alındığı bir olgu bildirilmiştir.

Olguda şemaların çalışılmasının danışanların hastalıklarına daha bütüncül bir perspektifte bakmalarını sağladığı belirtilmiştir. Bu bakış açısı danışanların kendileri, diğerleri ve ilişkileri hakkındaki inanışlarını daha derinlemesine anlamalarına yardımcı olmuştur. Şemaların bozukluğu tetikleyen ya da arttıran etkisi anlaşılmıştır. Güvenli bağlanma ve kabullenilme gibi karşılanmamış duygusal ihtiyaçlarla cinsel işlev bozukluğunun ilişkilendirilmesi terapinin, empatik uyum ve samimiyet çerçevesinde ilerlemesini sağlamıştır (63).

Duygu-odaklı terapi, danışanın hislerine yönelik artmış farkındalığı, toleransı, düzenlemeyi, dönüşümü ve kabullenmeyi sağlar. Greenberg'e göre duygu-odaklı çalışan terapist, danışanın duygu şemalarında değişikliği kolaylaştırmak için onun duygusal işlemesiyle çalışabilecek özel teknikler kullanır (51). Duygusal yaşantının işlemlenmesinde; bedensel duyumların farkına varılması, bedensel duyumların ve duygulanımsal yaşantıların tanımlanması, yeni duyguların değerlendirilmesi, duygulanımsal yaşantının yansıtılması ve uygun duygusal ifadenin sağlanması için duygulanımın düzenlenmesi gibi bazı önemli basamaklar tanımlanmıştır (51,188-191).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Evreni Ve Örneklem

Çalışma evreni Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi CİB polikliniğine başvuran hastalar ve yaş-eğitim durumu açısından hastalarla istatistiksel olarak korele, yapılan klinik görüşmeye göre DSM-5 CİB tanısı olmayan hastanemiz çalışanlarının yakınlarından ve kadın doğum polikliniğine başvuran cinsel olarak aktif durumda 136 sağlıklı kontrol olarak belirlenmiştir.

Örneklem ise; çalışma protokolüne uyum sağlayan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş, CİB polikliniğine Eylül 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından COPAİGB tanılı 135 kadın hasta ve hastalarla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş ardışık olarak alınan 136 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Çalışma ile ilgili Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 06.09.2016 tarih ve 572 karar numarası ile onay alınmıştır.

3.2. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-5 kriterlerine göre COPAİGB tanısı almış olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Cinsel partnere sahip olma veya evli olma
- 18-65 yaş arasında olmak
- Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

3.3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Kardiyovasküler, renal, ürolojik, hepatik, pulmoner, genetik, endokrin ve nörolojik hastalıklar ile nutrisyonel bozukluklar, entoksikasyonlar, operasyonlar ve diğer organik bozukluklar gibi cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bilinen tıbbi durum varlığı
- Hamilton Depresyon Ölçeğine göre 16 ve üzeri puan almış olmak
- Hamilton Anksiyete Ölçeğine göre 15 ve üzeri puan almış olmak
- Mental retardasyon olan hastalar
- Belirgin alkol ya da psikoaktif madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının varlığı

3.4. Veri Toplama Ve Değerlendirme Gereçleri

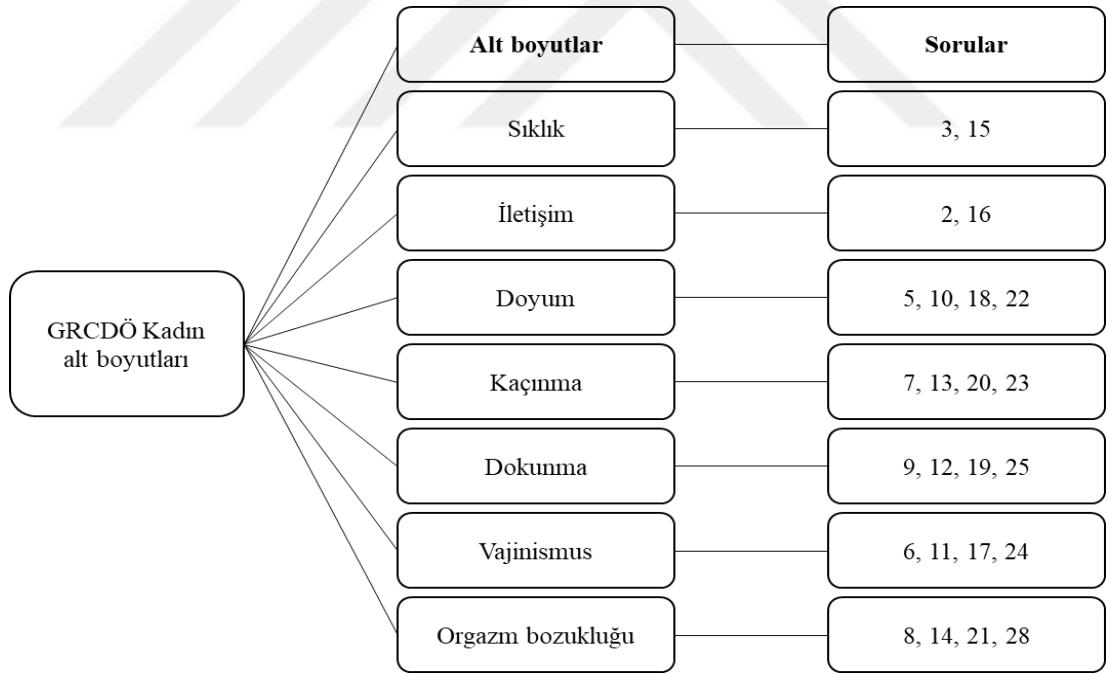
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın araştırmacıları tarafından katılımcıların çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uygunluğunu belirlemek, sosyodemografik özelliklerini saptamak ve cinsel öyküleri hakkında veri toplamak amacıyla oluşturulmuştur.

3.4.2. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu (GRCDÖKF)

Rust ve Golombok tarafından 1986'da geliştirilmiştir. Tuğrul ve arkadaşları GRCDÖKF'nin ülkemizde de geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmişlerdir. Cinsel ilişkinin niteliğini ve CİB'i değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır. Sürekli bir eşi olan heteroseksüel bireylere ya da çiftlere uygulanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir (233,234). Ölçek, ayrıca yapılan cinsel tedavi yöntemlerinin etkinliğinin ölçülebilmesi amacıyla da kullanılabilir. Her biri 28 sorudan oluşan ,kadın ve erkek için ayrı formu vardır. Kadın ve erkek formlarında beşi ortak olmak üzere yedi alt boyut yer almaktadır. Her iki formda ortak olan alt boyutlar

kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Bu alt boyutlara ek olarak kadın formunda vajinismus ve orgazm bozukluğu alt boyutları bulunmaktadır. Ölçek beşli likert tipi (hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğunlukla, her zaman) sorular içermektedir. Likert ölçek 0-1-2-3-4 olarak puanlanır. Ölçek yorumlanırken tutarlılık için olumsuz yapıdaki sorular tersine kodlanmıştır. Ters yönde puanlanan maddeler kadın formunda 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28'dir. Ölçekten elde edilen toplam puan cinsel fonksiyonların niteliği ile ilgili genel bir fikir sunarken, alt boyut puanları ise cinsel ilişkinin çeşitli yönleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgiler vermektedir. Ölçekten elde edilen ham puanlar sonrasında bir ile dokuz arasında değişen standart puanlara dönüştürülür. Ölçeğin kesme noktası 5'tir, puanın 5 veya üzerinde olması o alt boyutta cinsel ilişkinin veya fonksiyonların bozulduğunu göstermektedir. GRCDÖKF'nin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı kadınlarda .94 olarak hesaplanmıştır (235).



Şekil 5: GRDCÖKF alt boyutları

3.4.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Depresif belirtileri olan bireylere klinisyen tarafından uygulanan, depresyonun şiddetini ölçen bir testtir. Yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır ve her bir soruda 0-4 arası puanlama yapılır. 1978’de Hamilton ve Williams tarafından geliştirilen ölçek Akdemir ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (236,237). Çalışmada depresyon değişkeninin kontrollü ele alınabilmesi için uygulanmıştır.

3.4.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve anksiyete şiddetini ölçmek için 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Hem somatik hem de psikik belirtileri sorgulayan alt boyutları da kapsayan toplam 14 soru içermektedir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddeden elde edilen puanların toplamı ile toplam puan elde edilir. 1998 yılında Yazıcı ve arkadaşları tarafından ölçeğin türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır (238). Çalışmada anksiyete değişkeninin kontrollü ele alınabilmesi için uygulanmıştır.

3.4.5. Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ)

Klaassen ve Ter Kuile tarafından geliştirilen 22 maddelik yedili likert tipi bir ölçektir (239). Ölçek maddeleri katılıyorum-katılmıyorum şeklinde, 0-6 arasında puanlanmaktadır. VPBÖ’nün alt ölçekleri olumsuz bilişleri değerlendiren dört alt boyuta (kontrol bilişleri, benlik imgesi bilişleri, felaketleştirme ve ağrı bilişleri ile cinsel/genital uyumsuzluk bilişleri) sahiptir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Doğan ve ark tarafından yapılmıştır (240).

3.4.6. Leahy Duygusal Şema Ölçeği (LDŞÖ)

Duygusal Şema Ölçeği’nde duygusal şemaların anlaşılmasında on dört boyut tanımlanmıştır (225). LDŞÖ’nün içeriğini; kişinin duyguları hakkındaki tutumlarını ve duygularıyla başa çıkma stratejilerini belirlemeye yönelik ifadeler oluşturur. Katılımcılar her bir maddenin kendilerine ne kadar uyduğunu 1 (benim için hiç geçerli değil) ile 6 (benim için çok geçerli) arasında işaretlerler. Ölçek toplam 50 maddeden ve her biri 2 ile 7 maddeden oluşan 14 alt-boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin

toplam puan skorlamasından ziyade alt boyutlardaki eğilimler dikkate alınmaktadır. Bu boyutlar; onaylanma, anlaşılabilirlik, suçluluk, duygulara karşı zayıflık, duygulardan kaçınma, duyguları zararlı görme, kontrol edilmezlik, duyguları inkar, akılcılık isteği, süreklilik, uzlaş, farklılık, hisleri kabullenme, ruminasyon olarak tanımlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yavuz ve ark. tarafından yapılmıştır (223).

3.4.7. Üst biliş Ölçeği (ÜBÖ)

Wells'in yaygın anksiyete bozukluğunun bilişsel modelini temel alan ölçek Cartwright-Hatton ve Wells (241) tarafından endişe hakkındaki üst bilişleri ve diğer üst bilişsel yargıları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Beş faktör içeren ölçek toplam 65 maddeden oluşmaktadır; (a) Endişe hakkında olumlu inançlar, endişenin plan yapmaya ve sorun çözmeye yardımcı olduğuna dair inançları (b) Endişe hakkında olumsuz inançlar, endişenin tehlikeli ve kontrol edilemez yapısına dair inançları içerir. (c) Bilişsel güven, kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmamasına dair inançları inceler. (d) Düşünceler hakkında olumsuz inançlar, düşüncenin kontrol edilemediği için sorumlu olacağına ve bunun olumsuz sonuçlarıyla karşılaşacağına dair inançları içerir. (e) Bilişsel farkındalık, kişinin kendi düşünce süreçleri hakkındaki inançlarını inceler. Faktörlerin iç geçerliliği Cronbach alfa değerleri 0.72'den 0.89'a değişen oranlarda yeterli bulunmuştur (241). Cartwright-Hatton ve Wells 2004 yılında ölçeğin 30 maddelik kısa formunu geliştirmişlerdir (242). Orjinalinde olduğu gibi yine 5 faktör ihtiva eden ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach α değeri 0.93'dür ve faktörler için α değerleri 0.72 ile 0.93 aralığındadır. Ölçeğin 30 maddelik kısa formunun Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması ise Tosun ve Irak tarafından yapılmıştır (243).

3.5. İşlem

Araştırmamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi CİB polikliniğine Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran, dâhil edilme ve dışlama ölçütlerine uyan başvuru sırasına göre 135 ardışık hasta ve hastalarla yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak eşleştirilmiş 136 sağlıklı kontrol ardışık olarak alındı.

Çalışmaya katılan tüm hastalara, çalışmanın amacı hakkında bilgi veren bilgilendirilmiş onam formu ile onayları alındıktan sonra görüşmecisiyle beraber sosyodemografik veri formu, SCID-1, HAÖ ve HDÖ; sağlıklı katılımcılara ise HAÖ ve HDÖ uygulanmıştır.

Ardından tüm katılımcılara GRCDÖKF, LDŞÖ, ÜBÖ, VPBÖ verilerek kendilerine uyan seçenekleri doldurmaları istendi. Araştırma için mevcut formların kağıt sarf gideri haricinde başka kalemde harcama yapılmadı. Kırtasiye ve sarf masrafları araştırmacı tarafından karşılandı ve hastalardan ek ücret talep edilmedi. Yapılması planlanan çalışma için etik kurul onayı alındı. Hastaların bilgilendirilmiş yazılı onayı alındı.

3.6. Araştırmanın İstatistiği

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde bağımsız örneklem t test, mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Sonuçlar anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Vaka ve kontrol grubunda hastaların yaş ve eğitim durumu dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2: Vaka ve Kontrol Grubunun Yaş ve Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
Yaş	26,2 ± 4,9	26,0	26,5 ± 4,6	26,0	0,631 ^t
Eğitim durumu					
Öğrenim yok, okuma yazması var	3	2,2%	3	2,2%	0,434 ^{x²}
Öğrenim yok, okuma yazması yok	0	0,0%	1	0,7%	
İlkokul	5	3,7%	8	5,9%	
Ortaokul	21	15,4%	23	17,0%	
Lise	31	22,8%	33	24,4%	
Üniversite ve üstü	76	55,9%	67	49,6%	

^t t test/ ^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

Vaka grubunda maaş miktarı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka grubunda çalışma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda gelir dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka ve kontrol grubunda eşlerin çalışma durumu anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Vaka ve Kontrol Grubunun Çalışma ve Gelir Kaynakları Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
Maaş		2456 ± 1204	2000	1998 ± 759	2000	0,006 ^m
İş Durumu	Yok	21	15,4%	75	55,6%	0,000 ^{x²}
	Var Düzenli	112	82,4%	52	38,5%	
	Var Düzensiz	1	0,7%	1	0,7%	
	Öğrenci	2	1,5%	7	5,2%	
Gelir düzeyi	İyi	24	17,6%	28	20,7%	0,106 ^{x²}
	Orta	110	80,9%	99	73,3%	
	Kötü	2	1,5%	8	5,9%	
SGK	Var	134	98,5%	126	93,3%	0,030 ^{x²}
	Yok	2	1,5%	9	6,7%	
Eş İş Durumu	Yok	6	4,4%	9	6,7%	0,417 ^{x²}
	Var Düzenli	130	95,6%	126	93,3%	

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

Vaka ve kontrol grubunda aile yapısı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka ve kontrol grubunda büyüdüğü yer dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka ve kontrol grubunda yaşadığı yer dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Vaka ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		n	%	n	%	
Yaşadığı Kişiler						
Çekirdek Aile		129	94,9%	125	92,6%	1,000 ^{x²}
Geniş Aile Çekirdek Aile		7	5,1%	10	7,4%	
Geniş Aile		0	0,0%	2	1,5%	
Büyüdüğü Yer	Şehir	87	64,0%	97	71,9%	0,209 ^{x²}
	İlçe	45	33,1%	32	23,7%	
	Köy	4	2,9%	6	4,4%	
Yaşadığı Yer	Şehir	125	91,9%	121	89,6%	0,516 ^{x²}
	İlçe	11	8,1%	14	10,4%	

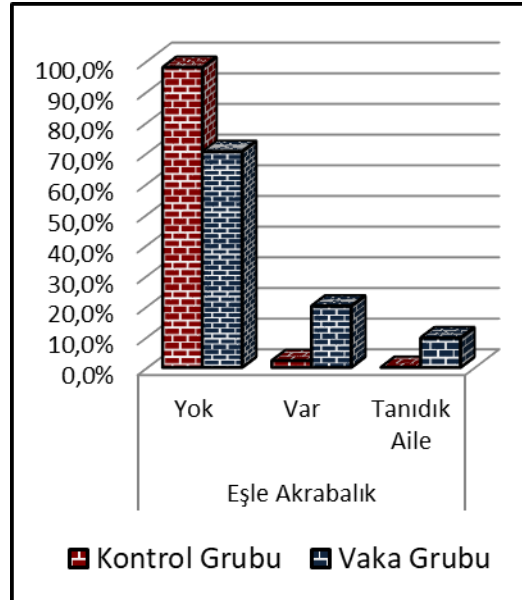
^{x²} Ki-kare test

Vaka grubunda evlilik süresi ve evlilik yaşı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda eşlerin evlilik sayısı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda eşle akrabalık oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5: Vaka ve Kontrol Grubunun Eş ve Evlilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
Evlilik Süresi		35,3 ± 37,0	21,5	20,5 ± 26,1	12,0	0,000 ^m
Evlilik Yaşı		23,1 ± 3,8	23,0	25,1 ± 4,5	25,0	0,000 ^m
Eş Evlilik Yaşı		28,5 ± 12,8	26,0	28,2 ± 4,5	28,0	0,052 ^m
Kaçınıcı Evlilik	1	131	96,3%	134	99,3%	0,101 ^{x²}
	2	5	3,7%	1	0,7%	
Eşin Kaçınıcı Evliliği	1	129	94,9%	134	99,3%	0,074 ^{x²}
	2	5	3,7%	1	0,7%	
	3	2	1,5%	0	0,0%	
Evlilik Şekli	Anlaşarak	121	89,0%	89	65,9%	0,000 ^{x²}
	Görücü Usulü	24	17,6%	42	31,1%	
	Kaçarak	1	0,7%	4	3,0%	
	Aile Rızasız	0	0,0%	4	3,0%	
Nikah	Var	136	100,0%	132	97,8%	0,080 ^{x²}
	Yok	0	0,0%	3	2,2%	
Eşle Akrabalık	Yok	133	97,8%	95	70,4%	0,000 ^{x²}
	Var	3	2,2%	27	20,0%	
	Tanıdık Aile	0	0,0%	13	9,6%	
Çocuk	Var	40	29,4%	1	0,7%	0,000 ^{x²}
	Yok	96	70,6%	134	99,3%	

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test



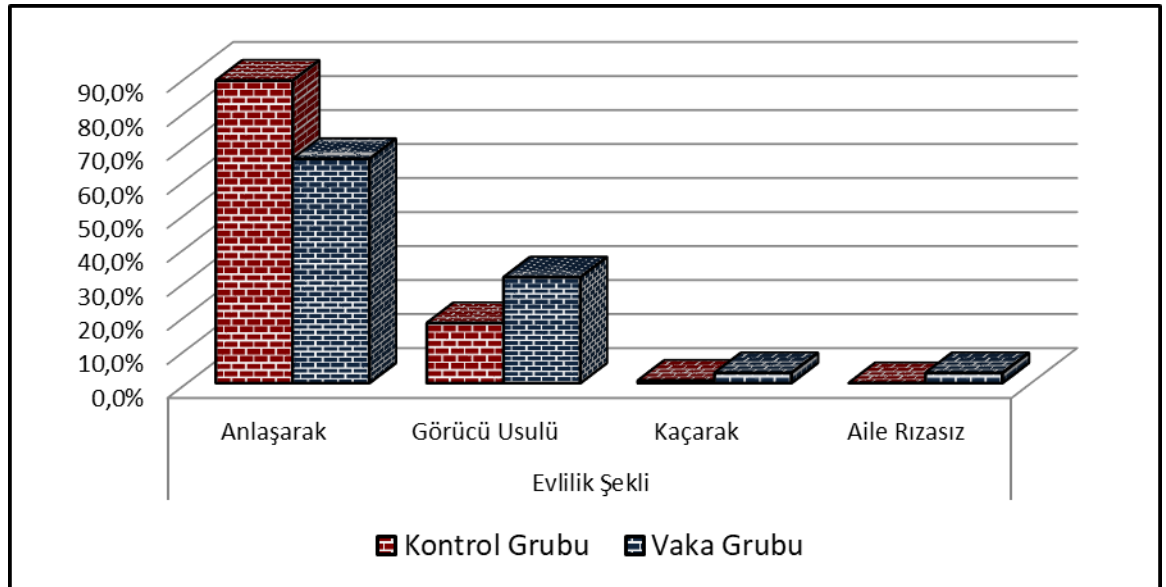
Şekil 6: Vaka ve Kontrol Grubunun Eş ve Evlilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Vaka grubunda anlaşarak evlenme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka grubunda görücü ile zorla evlenme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda görücü ile aile rızası olmadan anlaşarak evlenme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda görücü ile isteyerek, kaçarak, kaçınılarak evlenme oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6: Vaka ve Kontrol Grubunun Evlilik Şekli Açısından Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
Evlilik Şekli					
Anlaşarak	121	89.0%	85	63.0%	0.000 [⊗]
Görücü ile Zorla	12	8.8%	42	31.1%	0.000 [⊗]
Görücü ile İsteyerek	2	1.5%	0	0.0%	0.498 [⊗]
Kaçarak	1	0.7%	3	2.2%	0.310 [⊗]
Kaçınılarak	0	0.0%	1	0.7%	0.315 [⊗]
Aile Rızası Olmadan/ Anlaşarak	0	0.0%	4	3.0%	0.043 [⊗]

[⊗] Ki-kare test (Fischer test)



Şekil 7: Vaka ve Kontrol Grubunun Evlilik Şekli Açısından Karşılaştırılması

Vaka grubunun eşlerinin psikopatolojiye yönelik tutumları incelendiğinde; % 61.5'i her zaman anlayışlı, %23.7'si önceden anlayışlı şimdi öfkeli/tepkisel, %11.1'i her zaman öfkeli/tepkisel, %3'ü önceden öfkeli/tepkisel şimdi anlayışlı ve %1.5'i psikopatoloji nedeniyle eşlerini aldatmıştı (Tablo 7).

Tablo 7: Hastaların Eşlerinin Psikopatolojiye Yönelik Tutumunun Değerlendirilmesi

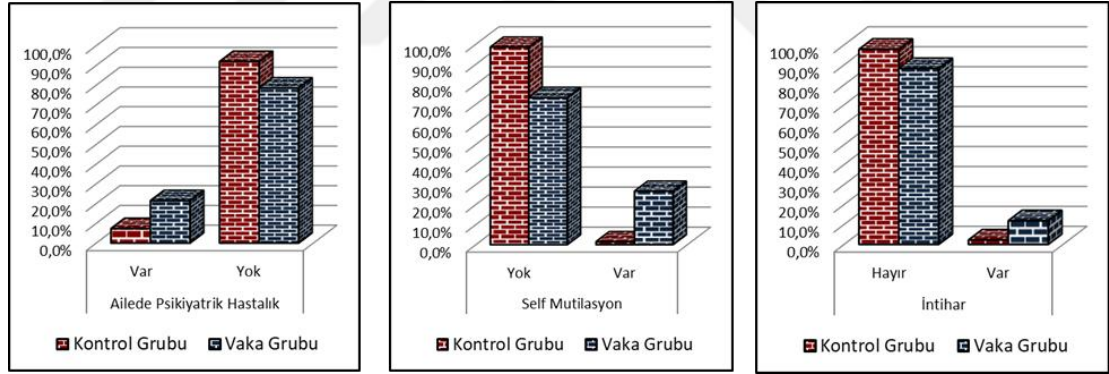
	n	%
<i>Eşin Tutumu</i>		
Anlayışlı	83	61.5%
Öfkeli/Tepkisel	15	11.1%
Önceden Anlayışlı/Şimdi Öfkeli/Tepkisel	32	23.7%
Eşi Aldatmış	2	1.5%
Önceden Öfkeli/Tepkisel Şimdi Anlayışlı	4	3.0%

Vaka ve kontrol grubunda alkol/madde kullanım oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka ve kontrol grubunda önceden psikiyatrik tedavi alma oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda intihar oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda ailede psikiyatrik hastalık oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda ailede intihar oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda self mutilasyon oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda ebeveyn kayıp oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Vaka ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		n	%	n	%	
Alkol/Madde	Yok	128	94,1%	126	93,3%	0,790 ^{x²}
	Var	8	5,9%	9	6,7%	
Önceki	Var	11	8,1%	16	11,9%	0,301 ^{x²}
Psikiyatrik	Yok	125	91,9%	119	88,1%	
İntihar	Hayır	133	97,8%	119	88,1%	0,004 ^{x²}
	Var	3	2,2%	16	11,9%	
	İlaç	3	2,2%	14	10,4%	
	Alarak					
	Kesici	0	0,0%	2	1,5%	
Ailede	Var	10	7,4%	29	21,5%	0,001 ^{x²}
	Yok	125	91,9%	106	78,5%	
Ailede İntihar	Var	6	4,4%	4	3,0%	0,527 ^{x²}
	Yok	130	95,6%	131	97,0%	
Self Mutilasyon						
	Yok	134	98,5%	99	73,3%	0,000 ^{x²}
	Var	2	1,5%	36	26,7%	
Ebeveyn Kaybı	Var	7	5,1%	12	8,9%	0,228 ^{x²}
	Yok	129	94,9%	123	91,1%	

^{x²} Ki-kare test



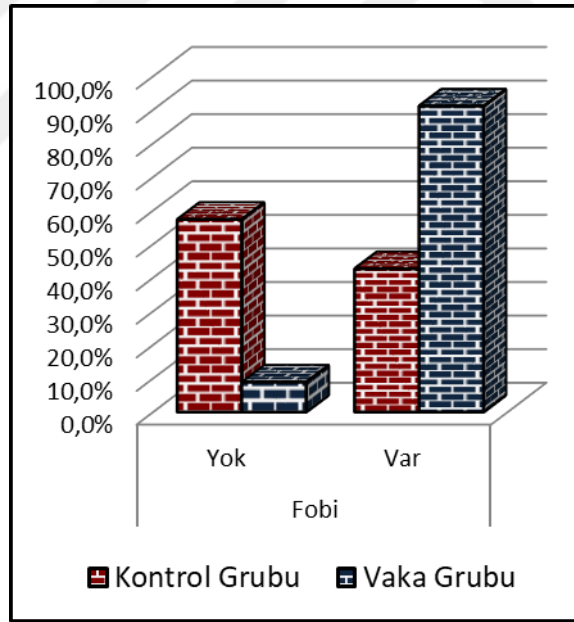
Şekil 8: Vaka ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Vaka grubunda fobi oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda hayvan, kapalı alan, yükseklik, kan, iğne fobisi görülme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda uçak, karanlık, ölüm, depresyon fobisi oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Vaka ve Kontrol Grubunun Fobiler Açısından Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
Fobi					
Fobi Yok	95	69.9%	14	10.4%	0.000 [⊗]
Hayvan	22	16.2%	88	65.2%	0.000 [⊗]
Uçak	1	0.7%	0	0.0%	0.100 [⊗]
Kapalı Alan	5	3.7%	25	18.5%	0.000 [⊗]
Yükseklik	10	7.4%	35	25.9%	0.000 [⊗]
Kan	4	2.9%	12	8.9%	0.038 [⊗]
İğne	0	0.0%	8	5.9%	0.004 [⊗]
Karanlık	1	0.7%	3	2.2%	0.310 [⊗]
Ölüm	0	0.0%	3	2.2%	0.122 [⊗]
Deprem	0	0.0%	2	1.5%	0.247 [⊗]

[⊗] Ki-kare test (Fischer test)



Şekil 9: Vaka ve Kontrol Grubunun Fobiler Açısından Karşılaştırılması

Vaka ve kontrol grubunda ilaç kullanım oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda jinekolojik muayene yapılma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda muayene masasında muayene yapılma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Vaka ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		n	%	n	%	
İlaç Kullanımı	Var	7	5,1%	14	10,4%	0,108 ^{x²}
	Yok	129	94,9%	121	89,6%	
Jinekolojik	Olmuş	128	94,1%	109	80,7%	0,001 ^{x²}
Muayene	Olmamış	8	5,9%	26	19,3%	
Muayene	Olmuş	134	98,5%	65	48,1%	0,000 ^{x²}
Masasında	Olmamış	2	1,5%	70	51,9%	

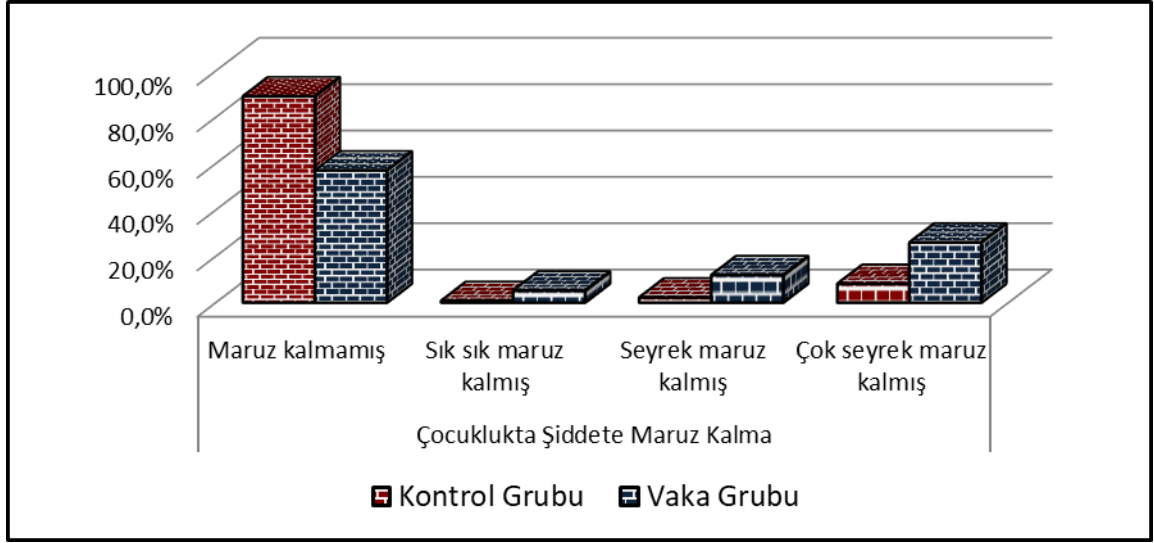
^{x²} Ki-kare test

Vaka grubunda çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka Grubunun %20'si baba, %20.7'si anne, %4.4'ü kardeş, %3'ü akraba ve %5.9'u öğretmen tarafından fiziksel şiddet görmüştür (Tablo 11).

Tablo 11: Vaka ve Kontrol Grubunun Çocuklukta Uğradıkları Fiziksel Şiddet Davranışı Açısından Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
Çocuklukta Şiddete Maruz Kalma					
Maruz kalmamış	121	89,0%	77	57,0%	0,000 ^{x²}
Sık sık maruz kalmış	1	0,7%	7	5,2%	
Seyrek maruz kalmış	3	2,2%	16	11,9%	
Çok seyrek maruz kalmış	11	8,1%	35	25,9%	
Şiddet Uygulayan					
Baba	7	5,1%	27	20,0%	
Anne	6	4,4%	28	20,7%	
Ağabey/abla	4	2,9%	6	4,4%	
Akraba	0	0,0%	4	3,0%	
Öğretmen	0	0,0%	8	5,9%	

^{x²} Ki-kare test



Şekil 10: Vaka ve Kontrol Grubunun Çocuklukta Uğradıkları Fiziksel Şiddet Davranışı Açısından Karşılaştırılması

Vaka ve kontrol grubunda din dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka ve kontrol grubunda ibadet yapma oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Vaka ve Kontrol Grubunun Dini İnanç ve İbadet Dağılımları Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		n	%	n	%	
Din	Müslüman	131	96,3%	134	99,3%	0,218 ^{x²}
	Hristiyan	0	0,0%	1	0,7%	
	İnanmıyor	5	3,7%	0	0,0%	
	Hiçbir zaman	10	7,4%	5	3,7%	
İbadet Yapma	Bazen	95	69,9%	107	79,3%	0,294 ^{x²}
	Her Zaman	31	22,8%	23	17,0%	

^{x²} Ki-kare test

Vaka ve kontrol grubunda ilk cinsel bilginin dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Vaka ve Kontrol Grubunun İlk Cinsel Bilgilerinin Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
<i>İlk Cinsel Bilgi Neydi</i>					
Birleşme	62	45.6%	47	34.8%	0.071 [×]
Öpüşme	24	17.6%	33	24.4%	0.170 [×]
Çok Acı Çok Kanar	37	27.2%	41	30.4%	0.565 [×]
Cinsel Organ Anatomisi	12	8.8%	14	10.4%	0.666 [×]

[×] Ki-kare test (Fischer test)

Vaka grubunda ilk cinsel bilgiyi aileden edinme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Vaka grubunda ilk cinsel bilgiyi arkadaştan edinme oranı, internetten edinme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0.05$). Vaka ve kontrol grubunda ilk cinsel bilgiyi medyadan ve eşten edinme oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Vaka ve Kontrol Grubunun İlk Cinsel Bilgiyi Nereden Edindiklerinin Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
<i>İlk Cinsel Bilgiyi Nereden Edindiği</i>					
Aile	20	14.7%	41	30.4%	0.002 [×]
Arkadaş	78	57.4%	58	43.0%	0.018 [×]
Medya	27	19.9%	20	14.8%	0.273 [×]
İnternet	12	8.8%	4	3.0%	0.041 [×]
Okul	1	0.7%	11	8.1%	0.003 [×]
Eş	3	2.2%	4	3.0%	0.694 [×]

[×] Ki-kare test (Fischer test)

Vaka ve kontrol grubunda ailelerin cinselliğe tutumu anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Vaka ve Kontrol Grubunun Ailelerinin Cinselliğe Karşı Tutumunun Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
<i>Ailenin Cinselliğe Tutumu</i>					
Konuşmak Yasak, Cezalandırma Var	15	11.0%	17	12.6%	0.690 [⊗]
Bilgilendirme Var, Konuşulabilir	10	7.4%	13	9.6%	0.501 [⊗]
Kaçınma	112	82.4%	105	77.8%	0.346 [⊗]

[⊗] Ki-kare test (Fischer test)

Vaka grubunda menarşa karşı; korku, şaşırma, endişe, üzülme/ağlama tepkisi oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Kontrol grubunda daha önceden bilgilendirildiği için menarşa normal tepki verme oranı vaka grubundan anlamlı olarak yüksekti ($p<0.005$). Sevinç, utanç ve tikslenme tepkileri ise vaka ve kontrol grubunda anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Vaka ve Kontrol Grubunun İlk Menarşa Verdikleri Tepkiler Açısından Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
Menarşa Tepki					
Normal	112	82.4%	62	45.9%	0.000 [⊗]
Korku	9	6.6%	27	20.0%	0.001 [⊗]
Şaşırma	7	5.1%	22	16.3%	0.003 [⊗]
Endişe	0	0.0%	8	5.9%	0.004 [⊗]
Üzülme/Ağlama	4	2.9%	12	8.9%	0.038 [⊗]
Sevinç	1	0.7%	4	3.0%	0.173 [⊗]
Utanç	3	2.2%	6	4.4%	0.304 [⊗]
Tiksinme	0	0.0%	1	0.7%	0.498 [⊗]

[⊗] Ki-kare test (Fischer test)

Vaka grubunda mastürbasyonla ilgili günah ve zararlı düşünceleri kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda mastürbasyon konusunda doğal düşünce oranı ve evliler mastürbasyon yapmaz düşüncesi oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda mastürbasyon konusunda gereksiz, rahatlatıcı, iğrenç, ayıp, tuhaf düşünceleri anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Vaka ve Kontrol Grubunun Masturbasyon Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
<i>Mastürbasyon Düşüncesi</i>					
Doğal	73	53.7%	56	41.5%	0.044 [×]
Gereksiz	38	27.9%	37	27.4%	0.922 [×]
Günah	4	2.9%	19	14.1%	0.001 [×]
Zararlı	2	1.5%	10	7.4%	0.018 [×]
Rahatlatıcı	12	8.8%	13	9.6%	0.819 [×]
İğrenç	2	1.5%	1	0.7%	1.000 [×]
Eviller Yapmaz	8	5.9%	1	0.7%	0.018 [×]
Ayıp	6	4.4%	4	3.0%	0.527 [×]
Tuhaf	2	1.5%	2	1.5%	0.994 [×]
Fikrim Yok	7	5.1%	6	4.4%	0.787 [×]

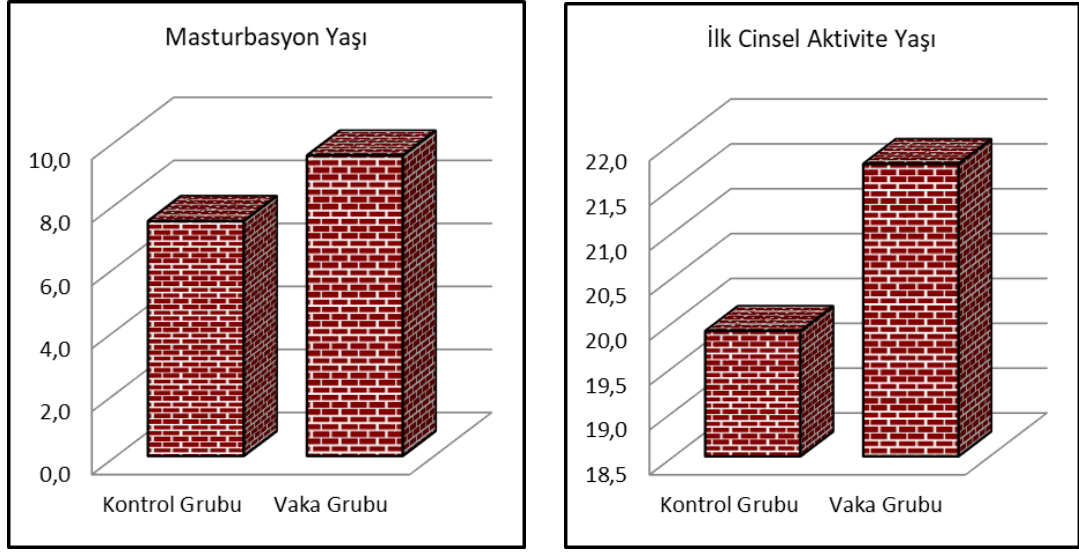
[×] Ki-kare test (Fischer test)

Vaka ve kontrol grubunda ilk cinsel bilgiyi edinme yaşı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda masturbasyon yaşı ve ilk cinsel aktivite yaşı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda ilk cinsel birleşme yaşı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda ilk partnerin eş olma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsel Özellikler Açısından Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
İlk Cinsel Bilgi Yaşı	14,4 ± 2,7	15,0	15,0 ± 4,7	15,0	0,548 ^m
Masturbasyon Yaşı	7,5 ± 6,2	2,0	9,5 ± 7,3	12,0	0,008 ^m
İlk Cinsel Aktivite Yaşı	19,9 ± 2,8	19,0	21,8 ± 5,3	22,0	0,000 ^m
İlk Cinsel Birleşme Yaşı	21,8 ± 3,0	22,0	19,2 ± 10,2	23,0	0,228 ^m
İlk Partner	Eş	104	76,5%	125	92,6%
	Arkadaş	32	23,5%	10	7,4%
					0,000 [×]

^m Mann-whitney u test / [×] Ki-kare test



Şekil 11: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsel Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Vaka grubunda evlilik öncesi cinsel aktivite oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Vaka grubunda el ele tutuşma ve öpüşme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Vaka grubunda çıplak sevişme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Vaka grubunda birleşme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0.05$). Vaka ve kontrol grubunda giyinik/yarı çıplak sevişme oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Vaka ve Kontrol Grubunun Evlilik Öncesi Cinsel Aktivitelerinin Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	n	%	n	%	
<i>Evlilik Öncesi Cinsel Aktivite</i>					
Yok	44	32.4%	24	17.8%	0.006 ^{x²}
El ele Tutuşma/Öpüşme	20	14.7%	55	40.7%	0.000 ^{x²}
Giyinik/Yarıçıplak Sevişme	33	24.3%	25	18.5%	0.249 ^{x²}
Çıplak Sevişme	19	14.0%	35	25.9%	0.014 ^{x²}
Birleşme	20	14.7%	0	0.0%	0.000 ^{x²}

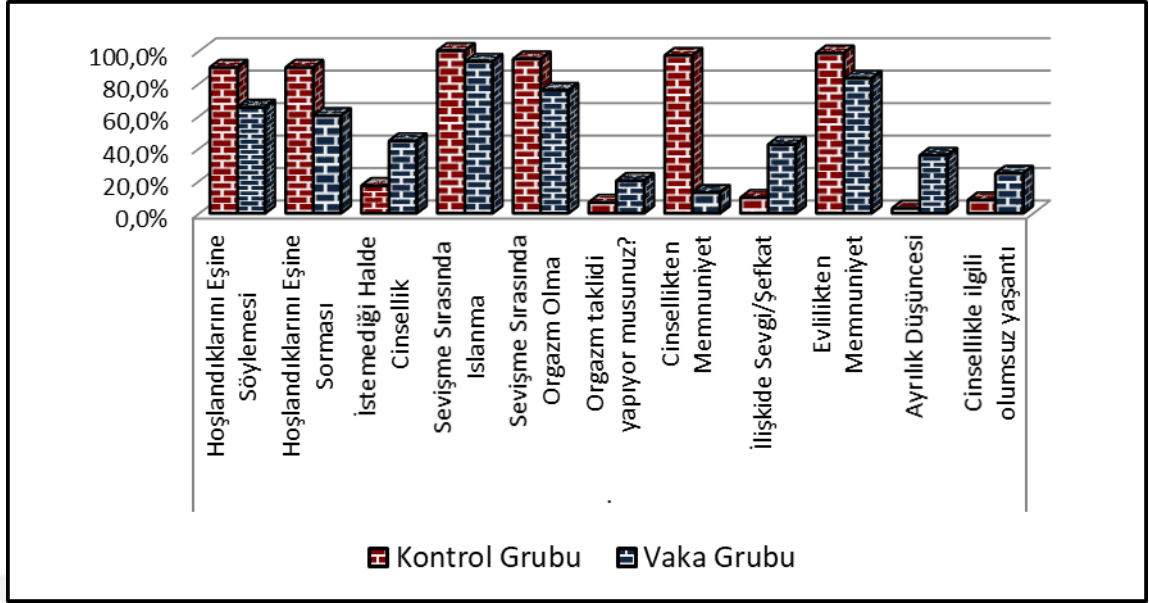
^{x²} Ki-kare test (Fischer test)

Vaka grubunda hoşlandıklarını eşine rahatlıkla söyleyebilme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka grubunda hoşlandıklarını eşine rahatlıkla sorabilme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka grubunda istemediği halde cinsellik yaşama oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda sevişme esnasında ıslanma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka grubunda sevişme esnasında orgazm oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka grubunda orgazm taklidi yapma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda cinsellikten memnuniyet oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka grubunda cinsellikte sevgi/şefkat eksikliği hissetme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda evlilikten memnuniyet oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka grubunda ayrılık düşüncesi oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda evlilik dışı ilişki yaşama oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda cinsel ilişkide olumsuz yaşantı oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		n	%	n	%	
Hoşlandıklarını Eşine Söylemesi	Var	122	89,7%	88	65,2%	0,000 ^{x²}
	Yok	14	10,3%	47	34,8%	
Hoşlandıklarını Eşine Sorması	Var	122	89,7%	81	60,0%	0,000 ^{x²}
	Yok	14	10,3%	54	40,0%	
İstemediği Halde Cinsellik	Var	23	16,9%	60	44,4%	0,000 ^{x²}
	Yok	113	83,1%	75	55,6%	
Sevişme Sırasında İslanma	Evet	136	100,0%	126	93,3%	0,021 ^{x²}
	Hayır	0	0,0%	5	3,7%	
Sevişme Sırasında Orgazm Olma	Evet	129	94,9%	102	75,6%	0,000 ^{x²}
	Hayır	7	5,1%	33	24,4%	
Orgazm taklidi yapıyor musunuz?	Evet	9	6,6%	27	20,0%	0,001 ^{x²}
	Hayır	127	93,4%	108	80,0%	
Cinsellikten Memnuniyet	Var	132	97,1%	17	12,6%	0,000 ^{x²}
	Yok	4	2,9%	118	87,4%	
İlişkide Sevgi/Şefkat	Var	13	9,6%	57	42,2%	0,000 ^{x²}
	Yok	123	90,4%	78	57,8%	
Evlilikten Memnuniyet	Var	134	98,5%	112	83,0%	0,000 ^{x²}
	Yok	2	1,5%	23	17,0%	
Ayrılık Düşüncesi	Var	4	2,9%	48	35,6%	0,000 ^{x²}
	Yok	132	97,1%	87	64,4%	
Extramarital	Yok	135	99,3%	135	100,0%	1,00 ^{x²}
	Sürekli sevgili	1	0,7%	0	0,0%	
Cinsellikle ilgili olumsuz yaşantı	Yok	125	91,9%	102	75,6%	0,000 ^{x²}
	Var	11	8,1%	33	24,4%	

^{x²} Ki-kare test



Şekil 12: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Vaka grubunun birleşme denemelerine eşlik eden deneyimlerini incelediğimizde; %100'ü kasılma, %84.4'ü korku, %63.7'si endişe, %41.5'i suçluluk/pişmanlık, %37'si üzüntü/ağlama, %23'ü partneri itme, %13.3'ü bacaklarını kapatma, %11.1'i panik hali/kontrolünü kaybetme korkusu, %1.5'i nefes darlığı, %0.7'si bulantı, %0.7'si utanç ve %0.7'si öfke yaşadığını belirtmiştir (Tablo 21).

Tablo 21: Hastaların Birleşme Denemelerine Eşlik Eden Bulgularını Değerlendirilmesi

	n	%
Birleşme Denemelerinde Olanlar		
Kasılma	135	100.0%
Korku	114	84.4%
Endişe	86	63.7%
Suçluluk/Pişmanlık	56	41.5%
Ağlama	50	37.0%
İtme	31	23.0%
Bacak Kapatma	18	13.3%
Panik Hali	15	11.1%
Bulantı	1	0.7%
Nefes Darlığı	2	1.5%
Utanma	1	0.7%
Sinirlenme	1	0.7%

Vaka grubunda cinsellikte özellikle kaçındığı durum oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda meniden, çıplaklıktan, penise dokunmaktan, oral sexden, vajinaya dokunmaktan ve birden fazla pozisyonda birleşme denemesinden kaçınma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda aydınlıktan, karanlıktan, ısırılmaktan, partnerin kötü kokusundan kaçınma oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 22).

Tablo 22: Vaka ve Kontrol Grubunun Cinsellikte Kaçındıkları Durumlar Açısından Karşılaştırılması

<i>Kaçındığı Durum</i>		
Kaçındığı Durum Yok	104	77.0%
Aydınlık	93	68.9%
Meni	72	53.3%
Çıplaklık	22	16.3%
Penise Dokunma	31	23.0%
Oralsex	11	8.1%
Vajinaya Dokunma	12	8.9%
Karanlık	2	1.5%
Isırılmak	1	0.7%
Birden fazla pozisyonda birleşme denemesi	4	3.0%
Kötü Koku	1	0.7%

Vaka grubunun %40.7'si psikiyatrist, %23'ü psikiyatrist dışında bir doktor, %3'ü aile, %3'ü psikolog ve %1.5'i arkadaş tarafından yönlendirilmiştir. Hastaların %28.9'u doğrudan kendisi randevu alarak başvurmuştur. Hastaların %25.9'u jinekoloğa, %13.3'ü psikiyatriste, %5.9'u psikoloğa, %0.7'si (1 kişi) aile hekimine, %0.7'si (1 kişi) hemşireye, %0.7'si (1 kişi) eczacıya ve %0.7'si (1 kişi) bioenerji uzmanına başvurmuştur. Hastaların %40.7'si anneye, %27.4'ü akrabalarına, %22.2'si arkadaşlarına, %21.5'i kardeşlerine %15.6 doktora, %14.8'i eşinin ailesinde olan bir kişiye, %12.6'sı babasına ve %1.5'i komşusuna hastalıklarından bahsetmiştir. Hastaların %71.1'i partneriyle, %26.7'si aileden biriyle ve %2.2'si yalnız başvurmuştur (Tablo 23).

Tablo 23: Hastaların TarafımızaYönlendirilme Şekli, Başvuru Şekli, Şimdiye Kadar Bahsettikleri Kişiler ve Başvurulan Yerlerin Değerlendirilmesi

	n	%
Yönlendirilme Şekli		
Psikiyatrist	55	40.7%
Doktor	31	23.0%
Kendisi	39	28.9%
Aile	4	3.0%
Psikolog	4	3.0%
Arkadaş	2	1.5%
Bahsettiği Kişiler		
Kimseye Bahstmemiş	32	23.7%
Anne	55	40.7%
Baba	17	12.6%
Kardeş	29	21.5%
Akraba	37	27.4%
Eşin Ailesi	20	14.8%
Arkadaş	30	22.2%
Komşu	2	1.5%
Doktor	21	15.6%
Başvurulan Yerler		
Başvuru Yok	85	63.0%
Psikiyatrist	18	13.3%
Psikolog	8	5.9%
Jinekolog	35	25.9%
Hemşire	1	0.7%
Bioenerji Uzmanı	1	0.7%
Eczacı	1	0.7%
Aile Hekimi	1	0.7%

Önceki tedavi yöntemlerine bakıldığında, %65.9'unun daha önce herhangi bir tedavi sürecinin olmadığı, %14.1'i ayna/parmak egzersizi, %8.9'u alkol/kas gevşetici vb ilaçlar alarak birleşme denemesi, %7.4'ü genital bölgeye lokal anestezi uygulayarak birleşme denemesi, %4.4'ü hymenektomi, %3'ü genel anestezi altında birleşme denemesi, %3'ü konuşma terapisi ve %2.2'si oturma banyosu tedavisi almıştır. Hastaların %22.2'si tedaviden fayda görmemiş, %17.8'i tedaviyi çeşitli nedenlerle terk etmiş, %7.4'ü tedaviye ilk görüşmeden sonra devam etmemiş, %0.7'si (1kiş) çok ağırlı ve tam olmayan birleşme yaşamıştır. Hastaların tedaviye başvuru motivasyonlarına bakıldığında %43.3 çocuk sahibi olmak için, %40 iyileşme

motivasyonu, %20.7 sağlıklı cinsel yaşama sahip olmak için ve %12.6 oranında ailelerinin isteği olduğu görülmektedir (Tablo 24).

Tablo 24: Hastaların Başvurmadan Önceki Tedavi Yöntemleri, Sonuçları ve Tedaviye Gelme Motivasyonlarının Değerlendirilmesi

	n	%
Önceki Tedavi Yöntemleri		
Önceki Tedavi Yok	89	65.9%
Lokal Anestezik	10	7.4%
Genel Anestezik	4	3.0%
Alkol/ilaçla Deneme	12	8.9%
Oturma Banyosu	3	2.2%
Ayna/Parmak Egzersizi	19	14.1%
Hymenektomi	6	4.4%
Konuşma Terapisi	4	3.0%
Önceki Tedavi Sonucu		
Başlamama	10	7.4%
Ağrılı Birleşme	1	0.7%
Terk Etme	24	17.8%
Fayda Görmeme	30	22.2%
Tedaviye Gelme Sebebi		
Eşle Problem	48	35.6%
Çocuk İsteme	59	43.7%
Aile İsteği	17	12.6%
Kendi Motivasyonu	54	40.0%
Sağlıklı Cinsel Yaşam	28	20.7%

Vaka grubunda Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği puanı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17 puanı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği toplam puanı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 25).

Tablo 25: Vaka ve Kontrol Grubunun Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
HDA	0,1 ± 0,4	0,0	1,0 ± 0,6	1,0	0,000 ^m
HDÖ-17skor	0,0 ± 0,1	0,0	0,6 ± 0,9	0,0	0,000 ^m
HDÖ-Toplam	0,0 ± 0,1	0,0	0,6 ± 0,9	0,0	0,000 ^m

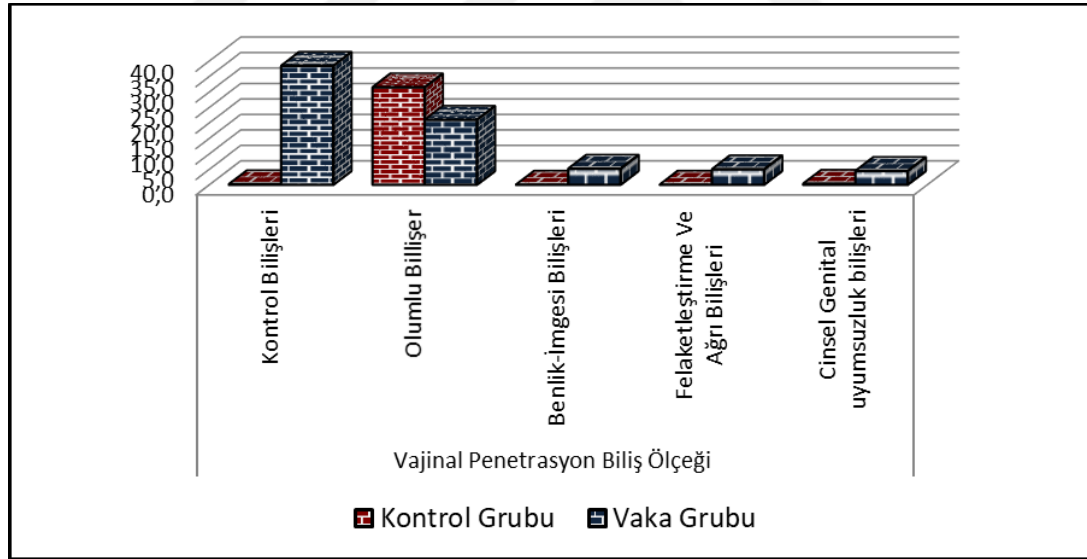
^m Mann-whitney u test

Vaka grubunda vajinal penetrasyon kontrol bilişleri, benlik-imgesi bilişleri, felaketleştirme ve ağrı bilişleri, cinsel-genital uyumsuzluk bilişleri skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Vaka grubunda vajinal penetrasyona yönelik olumlu bilişler, kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0.05$) (Tablo 26).

Tablo 26: Vaka ve Kontrol Grubunun Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
<i>Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği</i>					
Kontrol Bilişleri	0,2 ± 0,4	0,0	38,4 ± 9,2	42,0	0,000 ^m
Olumlu Billişer	31,5 ± 4,5	33,0	21,0 ± 7,4	19,0	0,000 ^m
Benlik-İmgesi Bilişleri	0,0 ± 0,0	0,0	5,2 ± 3,4	6,0	0,000 ^m
Felaketleştirme Ve Ağrı Bilişleri	0,0 ± 0,0	0,0	5,0 ± 1,7	6,0	0,000 ^m
Cinsel Genital uyumsuzluk	0,3 ± 1,3	0,0	4,5 ± 1,9	6,0	0,000 ^m

^m Mann-whitney u test



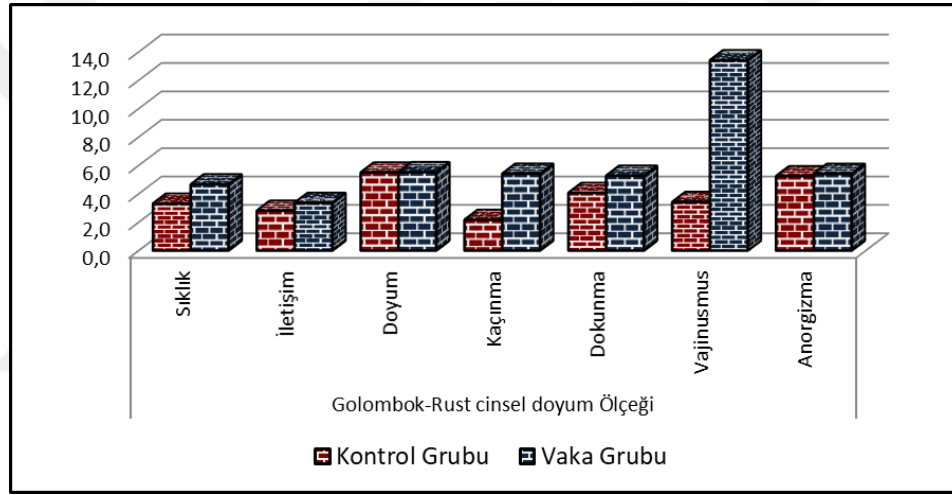
Şekil 13: Vaka ve Kontrol Grubunun Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Vaka grubunda Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu toplam puanı ve alt boyutlarından sıklık, iletişim, kaçınma, dokunma, vajinismus, doyum, anorgazmi oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$) (Tablo 27).

Tablo 27: Vaka ve Kontrol Grubunun Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
<i>Golombok-Rust cinsel doyum Ölçeği</i>					
Sıklık	3,3 ± 1,3	3,0	4,7 ± 1,9	5,0	0,000 ^m
İletişim	2,8 ± 2,5	2,0	3,4 ± 2,2	3,0	0,011 ^m
Doyum	5,5 ± 4,0	4,0	5,5 ± 3,1	5,0	0,346 ^m
Kaçınma	2,2 ± 1,5	2,0	5,4 ± 3,5	5,0	0,000 ^m
Dokunma	4,1 ± 4,3	3,0	5,3 ± 3,4	5,0	0,001 ^m
Vajinusmus	3,4 ± 2,7	3,0	13,4 ± 2,9	14,0	0,000 ^m
Anorgizma	5,2 ± 3,2	4,0	5,4 ± 2,8	5,0	0,364 ^m

^m Mann-whitney u test



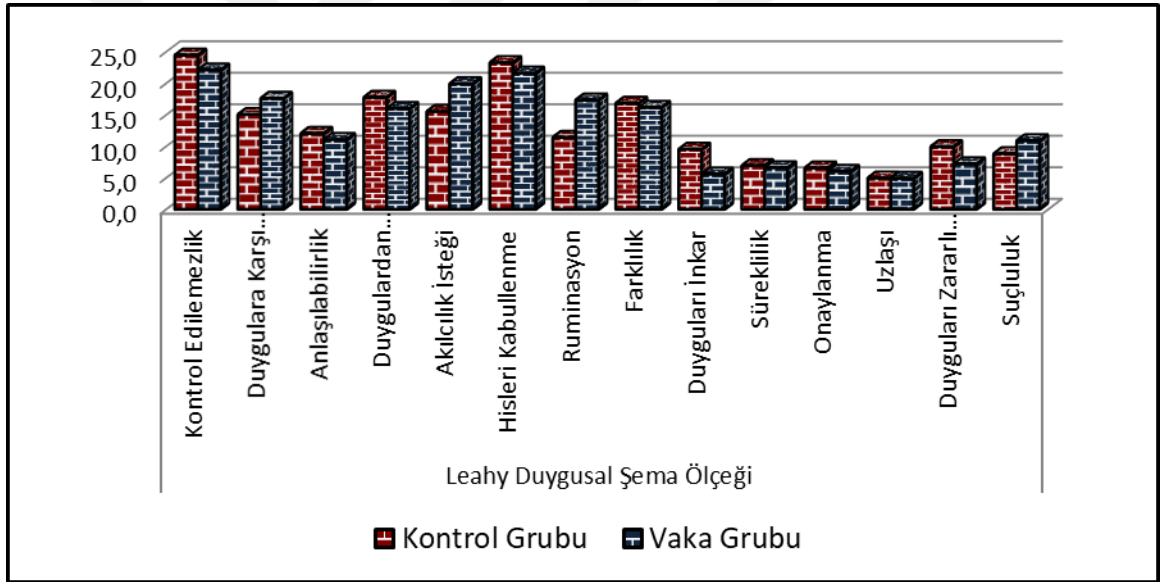
Şekil 14: Vaka ve Kontrol Grubunun Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Vaka grubunda Leah Duygusal Şema Ölçeği alt boyutlarından kontrol edilmezlik, duygulara karşı zayıflık, farklılık, duygulardan kaçınma, duyguları zararlı görme, ruminasyon, suçluluk ve akılcılık isteği oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Vaka grubunda hisleri kabullenme ve anlaşılabilirlik oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Vaka ve kontrol grubunda duyguları inkar, süreklilik, onaylanma, uzlaşma oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 28).

Tablo 28: Vaka ve Kontrol Grubunun Leah Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
Leahy Duygusal Şema Ölçeği					
Kontrol Edilemezlik	24,4 ± 3,1	26,0	22,1 ± 4,2	22,0	0,000 m
Duygulara Karşı Zayıflık	15,0 ± 2,9	15,0	17,6 ± 4,2	18,0	0,000 m
Anlaşılabilirlik	12,0 ± 1,8	13,0	11,1 ± 3,0	11,0	0,001 m
Duygulardan Kaçınma	17,8 ± 2,8	18,0	16,0 ± 4,0	15,0	0,000 m
Akılcılık İsteği	15,5 ± 5,9	13,0	19,9 ± 4,2	20,0	0,000 m
Hisleri Kabullenme	23,3 ± 2,9	24,0	21,6 ± 4,2	22,0	0,002 m
Ruminasyon	11,4 ± 4,6	11,0	17,3 ± 3,9	18,0	0,000 m
Farklılık	16,8 ± 6,5	16,0	16,2 ± 3,8	16,0	0,718 m
Duyguları İnkâr	9,5 ± 2,2	10,0	5,6 ± 2,8	6,0	0,000 m
Süreklilik	6,9 ± 1,8	7,0	6,6 ± 2,5	7,0	0,367 m
Onaylanma	6,6 ± 1,8	6,0	6,0 ± 2,6	6,0	0,074 m
Uzlaş	5,0 ± 2,2	5,0	4,9 ± 2,4	5,0	0,805 m
Duyguları Zararlı Görme	9,9 ± 2,6	10,0	7,2 ± 2,7	7,0	0,000 m
Suçluluk	8,8 ± 2,5	8,0	10,9 ± 2,6	11,0	0,000 m

^m Mann-whitney u test



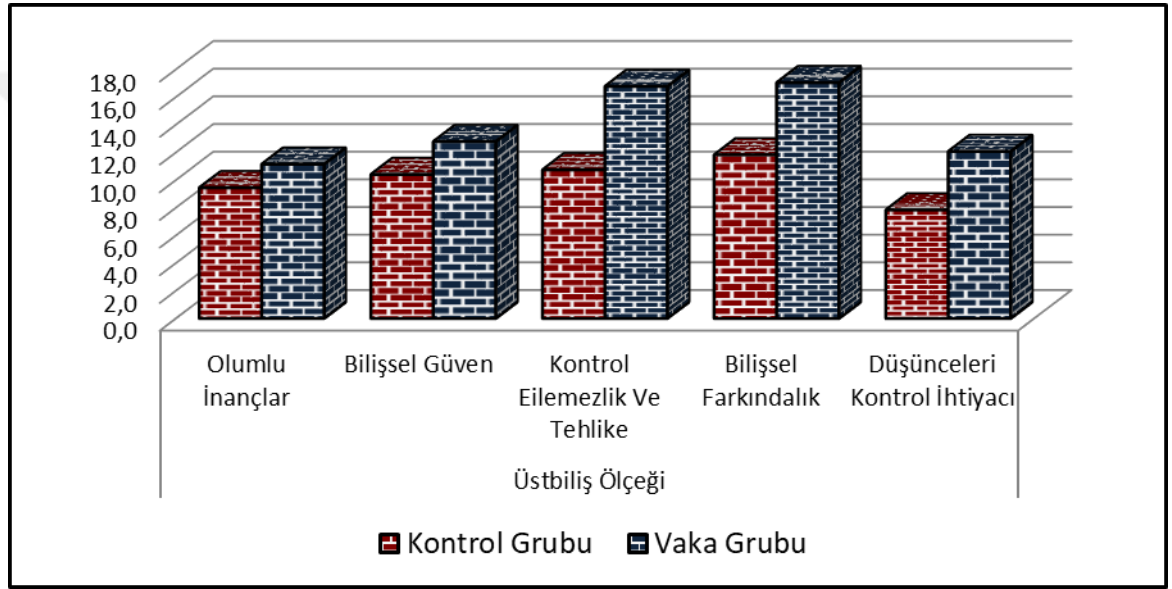
Şekil 15: Vaka ve Kontrol Grubunun Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Vaka grubunda Üst Biliş Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından olumlu inançlar, kontrol edilmezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık, düşünceleri kontrol ihtiyacı skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Bilişsel güven alt boyut skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 29).

Tablo 29: Vaka ve Kontrol Grubunun Üst Biliş Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
Üstbiliş Ölçeği					
Olumlu İnançlar	9,4 ± 2,3	8,0	11,1 ± 4,3	10,0	0,037 ^m
Bilişsel Güven	10,4 ± 2,9	11,0	12,8 ± 5,2	12,0	0,006 ^m
Kontrol Eilemezlik Ve Tehlike	10,7 ± 4,5	9,5	16,8 ± 4,9	17,0	0,000 ^m
Bilişsel Farkındalık	11,8 ± 3,8	11,0	17,0 ± 3,7	17,0	0,000 ^m
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	7,8 ± 3,0	7,0	12,1 ± 3,8	12,0	0,000 ^m

^m Mann-whitney u test



Şekil 16: Vaka ve Kontrol Grubunun Üst Biliş Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

5.1.Tanımlayıcı Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamız, sosyomedografik veriler açısından değerlendirildiğinde, COPAİGB’lerde gelir miktarı ve çalışma oranı sağlıklılardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Ev kadını olma oranının vajinismus grubunda daha fazla olduğu görülen çalışmaların yanında (244,245) farklılık saptanmayan araştırmalar da vardır. Vaka grubumuzda evlilik süresi ve evlilik yaşı sağlıklı gruba göre anlamlı olarak düşük; görücü usulüyle ve aile rızası olmadan evlenme oranı yüksek saptandı. Bulgularımız vajinismus varlığının evliliğin tamamlanamaması anlamına geldiğini, cinsel birleşmenin evliliklerde erken dönemde olması gereken bir aktivite olarak kabul edildiğini ve vajinismus tanılı kadınların sağlıklı kadınlara göre daha yüksek oranda görücü usulüyle evlilik yaptıklarını içeren çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (246).

COPAİGB olan kadınların eşlerinin psikopatoloji üzerine tutumları değerlendirildiğinde; %61.5’i her zaman anlayışlı, %23.7’si önceden anlayışlı şimdi öfkeli/tepkisel, %11.1’i her zaman öfkeli/tepkisel, %3’ü önceden öfkeli/tepkisel şimdi anlayışlı ve %1.5’inin ise aldattığı görülmüştür. Bulgumuz, vajinismus tanılı kadınların %57’sinin kocalarını düşünceli ve kendilerine yardımcı, %15’inin öfkeli ve tepkisel, %28’inin tepkisiz olarak tanımladığı çalışmayla paralellik göstermekte, vajinismusun etiyolojisinde yer alan otoriter baba figürünün aksine anlayışlı eş seçme yönelimleriyle de uyumlu bulunmuştur (6,156).

Hastalarımızın evliliklerinden memnun olma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak düşüktü. Friedman, vajinismus, bozuk evlilik ilişkisi olan kadınların cinsellikle ilgili çelişkili duygularıyla mücadele için kullanmış oldukları savunma mekanizmalarından olabileceğini belirtmiştir (108). Eşler arasındaki uyumsuzluk iletişim ve ilişki sorunlarının bütün CİB’nin gelişmesinin etiyolojik faktörlerinden olduğu düşünüldüğünde (25-27,86) bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda geçmişte intihar girişiminde bulunma, self mutilasyon davranışı, ailede psikiyatrik rahatsızlık bulunması, cinsellikle ilgili olumsuz yaşantı/anı ve çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma oranının COPAİGB olan kadınlarda anlamlı derecede yüksek olması, cinsel istismarın vajinismus olan grupta kontrol grubuna göre iki kat fazla saptandığı (141), cinsel ağrı bozukluklarına neden olabileceği (31) ve çocuklukta cinsel istismara uğrayan kadınların duygusal acılarını bastırmak için kendilerine zarar verici davranışlarda bulunabildikleri şeklindeki literatürü desteklemektedir (247). Ayrıca literatürde vajinismus, erektil disfonksiyon, prematür ejakülasyon, azalmış cinsel istek gibi CİB'ye çocukluk çağı travmalarının eşlik ettiğini gösteren araştırmalar vardır (88). CİB ve depresyon ilişkisini inceleyen bir gözden geçirmede CİB ve depresyon arasındaki ilişkinin karmaşık, iki-yönlü ve nedensel olarak yeterince net olmadığı belirtilmiştir (244). Bu anlamda COPAİGB olanlarda görülen geçmişteki intihar girişimlerinin bir CİB olan vajinismusun sonucu olarak ortaya çıkan geçmiş depresif dönemlere bağlı olabileceği akla gelse de bu nedensel ilişkiyi açıklayacak kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Araştırmamıza alınan COPAİGB'lere fiziksel şiddet uygulayanların % 20'sinin baba, % 20.7'sinin anne olması; O'Sullivan'ın, vajinismuslu olan kadınların babalarının eleştirel, tehditkâr, ahlaki açıdan katı ve agresif kişiler olduklarını(12,22); Silverstein'in vajinismuslu olan kadınların babalarının tehditkâr, eleştirel ve ahlaki açıdan katı olduklarını ve Barnes'in vajinismuslu olan 53 kadının %23'ü babalarının sert yapıda olduğunu, CİB olan diğer kadınlarda bu oranın %9 olarak (22,134) belirttikleri (22) araştırmalarıyla uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda COPAİGB olan grubun cinsel bilgilerini daha çok aileden; kontrol grubunun ise arkadaş ve internetten edindiği, COPAİGB'lerin %77.8'inde ailede cinsellik konuşulmaktan kaçınılan, üstü kapatılan bir konu olarak, %12.6'sında cinsellikten bahsetmek yasak, ailenin tutumu baskıcı ve cezalandırıcı iken sadece %9.6'sında cinselliğin açıkça konuşulabilir ve soru sorulabilir bir konu olarak görüldüğü saptanmıştır. Vaka grubunda %30.4, kontrol grubunda %27.2 oranında 'ilk gece birleşme sırasında çok ağrı/kanama olacağı ve cinsel organlarında kitlenme olacağı' şeklindeki katastrofik inançlarının olması ve ailelerin cinselliğe yönelik tutumları da göz önüne alındığında aileden edinilen bilgilerin güvenilirliği ve doğruluğu tartışmalıdır. Vajinismusun toplumlar arası görülme oranındaki farklılığın

kültürel nedenler yanında cinsel bilgi eksikliği olduğu (22), yaşam boyu vajinismus olgularının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir araştırmada hasta grupta cinsel bilginin daha yetersiz olduğu (244) ve cinselliği merak etmenin, soru sormanın günah, suç, ahlaksız sayıldığı, kadınların kendi cinsel organlarını bile tanımadığı toplumlarda doğru bilgiye ulaşma imkanı olmadığından yanlış bilgilenmeler ve cinsel bilgi yetersizliği olabileceği (156) literatürde belirtilmektedir. Bulgularımız literatürle paralel olmakla beraber ülkemizde cinsel eğitimin yaygınlaştırılmasının önemini ve tedavinin ilk aşamasında hastalara cinsel anatomi ve fizyoloji bilgilerini vermenin gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda menarşla ilgili önceden bilgi sahibi oldukları için normal olarak karşılama oranı kontrol grubunda anlamlı olarak yüksekken; korkma, şaşırma, endişelenme, üzülme ve ağlama oranları vaka grubunda yüksekti. İlk menarş öncesi uygun bir bilgilendirmenin yapılması kültürden kültüre değişmekte, kız çocuğuna ruhsal açıdan oldukça yardımcı olmakta, bilgilendirmenin sınırlı yapılması ya da yapılmaması, adet kanaması ile ilgili olumsuz bilgilerin verilmesi (hastalık, kirlilik) ve bu dönemde çocuğa yeterince destek olunmaması cinsel gelişimi ve olgunlaşmayı olumsuz etkilemektedir (156). Ayrıca Borg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada vajinismuslu kadınlarda ağrıya yönelik felaketleştirici düşüncelerin ve ağrıdan-zarardan kaçınma davranışının sağlıklılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (248). COPAİGB’li kadınlarda elde ettiğimiz bu sonuç, menarşla ilgili yetersiz bilgilendirmenin ve menarştaki ağrı ve kanama belirtilerinin felaketleştirilmesine bağlı olarak ortaya çıkıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda vaka grubunun ilk cinsel aktivite yaşı, ilk masturbasyon yaşı, masturbasyonu günah veya zararlı olarak değerlendirme, ilk partnerin eş olma ve eşle akrabalık oranı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. Benzer bir çalışmada vajinismus grubundaki hiçbir katılımcıda evlilik öncesi cinsel etkinlik deneyimi saptanmamıştır. Bütün bu veriler daha önceden de literatürde yer alan (244,249) bekaretin evlilikte ortadan kalkması ve ilk cinsel aktivitenin evliliğin ilk gecesi gerçekleşmesi (249,250) gerektiği şeklindeki geleneksel ve kültürel faktörlerle ilişkili görünmektedir.

Çalışmamızda evlilik öncesi birleşme dışında cinsel aktivite oranı, cinsel aktivitelerden el ele tutuşma ve çıplak sevişme oranı COPAİGB olan kadınlarda anlamlı derecede yüksekken, evlilik öncesi birleşme oranı kontrol grubunda daha yüksekti. Bir araştırmada evlilik öncesi cinsel birleşme veya birleşme girişimi vajinismus tanılı grupta saptanmazken, kontrol grubundaki kadınların %19.4'ü evlilik öncesi cinsel etkinlik/cinsel birleşme deneyimi olduğu ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (244). Vajinismus ve CİB olan kadınların karşılaştırıldığı başka bir çalışmada evlilik öncesi birleşme dışında cinsel aktivite oranı vajinismus olan grupta yüksek bulunmuştur (251). Bu veriler ışığında çalışmamızda COPAİGB tanılı kadınlarda cinsel aktivitelerin geneline yönelik olmasa da penetrasyona spesifik korkuların ön planda olduğunu düşündürmektedir.

COPAİGB tanılı kadınlarda sevişme sırasında ıslanma ve orgazm yaşama oranının kontrol grubundan düşük olduğu ve COPAİGB olan grubun %74.1'nin hayatında hiç masturbasyon yapmadığı saptadığımız diğer bulgulardandır. Reissing ve arkadaşları vajinismus tanılı hastaları sağlıklı kontrollerle kıyasladıkları çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak vajinismus tanılı kadınlarda istek, uyarılma, haz almanın bozulduğunu ve masturbasyon oranının düşük olduğunu bildirmişlerdir (144).

Çalışmamızda COPAİGB olan kadınların %77.1'i tedaviye partneriyle başvururken, ülkemizde yapılan başka bir araştırmada bu oran %89.8 olarak belirtilmiştir (251). Bu veriler ülkemizde COPAİGB'nin halen yalnızca kadına ait bir sorun olarak görüldüğünü akla getirmektedir. Başvuru öncesinde %40.7'si anneye, %27.4'ü akrabalarından birine, %22.2'si arkadaşlarına, %21.5'i kardeşlerinden birine, %15.6 doktora, %14.8'i eşin ailesinden birine, %12.6'sı babasına ve %1.5'i komşusuna hastalıklarından bahsetmiştir. Çalışmamızda COPAİGB tanısı olan kadınların tedavi için önceden başvurdukları yerler araştırıldığında; %25.9'u jinekoloğa, %13.3'ü psikiyatriste, %5.9'u psikoloğa, %0.7'si (1 kişi) aile hekimine, %0.7'si (1 kişi) hemşireye, %0.7'si (1 kişi) eczacıya ve %0.7'si (1 kişi) bioenerji uzmanına başvurmuştur. Vaka grubunda yakın zamanda jinekolojik muayene yapılma oranının kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olması, hastaların psikiyatriste başvurmadan önce birleşmeye fiziksel bir engel olabileceği şeklindeki

yanlış düşüncelerinden kaynaklanıyor olabilir. Önceki tedavi yöntemlerine bakıldığında, %65.9'unun daha önce herhangi bir tedavi sürecinin olmadığı, %14.1'inin ayna/parmak egzersizi, %8.9'u alkol/kas gevşetici vb ilaçlar alarak birleşme denemesi, %7.4'üne genital bölgeye lokal anestezi uygulayarak birleşme denemesi, %4.4'ü hymenektomi, %3'ü genel anestezi altında birleşme denemesi, %3'ü konuşma terapisi ve % 2.2'si oturma banyosu tedavisi almıştır. Hastaların %22.2'si tedaviden fayda görmemiş, %17.8'i tedaviyi çeşitli nedenlerle terk etmiş, %7.4'ü tedaviye ilk görüşmeden sonra devam etmemiş, % 0.7'si (1kişi) çok ağrılı ve tam olmayan birleşme yaşamıştır. Sonuçlar, cinselliğin hala tabu olduğu bölgelerde, çiftlerin vajinismus sorununun çözümünü nerede aramaları gerektiğini bilemediklerini, yetersiz ve yanlış tedavi alabildiklerini belirten literatürle benzer görünmektedir (140). Çalışmamızda başvuru öncesi psikiyatrist/psikolog başvurularının az olması ve uygulanan yanlış tedaviler, cinsel bilgi eksikliğini ve ülkemizde cinselliğin tabu olarak algılanmaya devam ettiğini düşündürmektedir.

5.2. Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi

Araştırmamızda COPAİGB olan kadınlarda, anksiyete bozukluğu ve depresyon olanlar çalışmaya alınmamasına rağmen depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Vajinismus tanılı kadınların psikolojik profillerinin incelendiği çalışmalarda artmış komorbid anksiyete bozuklukları öne çıkmakta ancak depresyon düzeylerinin yüksek olmadığı belirtilmiştir (144,252-254).

5.3. Vajinal Penetrasyona Yönelik Bilişlerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda penetrasyona yönelik olumsuz bilişler olan; kontrol, benlik imgesi, cinsel-genital uyumsuzluk, felaketleştirme ve ağrı bilişleri vaka grubunda; vajinal penetrasyona yönelik olumlu bilişler kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Literatürde sağlıklı grupta penetrasyona yönelik olumlu bilişlerin daha fazla görüldüğü çalışmaların (43) yanı sıra her iki grupta da bu oranın benzer olduğu gösterilen bir çalışma bulunmaktadır (244). Çalışmamızda penetrasyona yönelik felaketleştirme ve ağrı bilişlerinin vaka grubunda yüksek olması, vajinismus tanılı

kadınların korku ve kaçınma tepkisinin altta yatan penetrasyonla ilgili felaketleştirici inançlarla ilgili olduğunu belirten bilişsel davranışçı bakış açısıyla paraleldir (248). Ayrıca bulgularımızda muayene masasına yatarak muayene olabilme oranının vaka grubunda daha düşük olması, penetrasyona ve ağrıya yönelik felaketleştirilmiş düşüncelerle ilişkili görünmekle beraber, Reissing ve arkadaşlarının, vajinismus tanılı kadınların, sadece vajinal penetrasyon sırasında ağrı hissettiklerinde değil, geçmiş cinsel birleşme denemeleri akıllarına geldiğinde ve pelvik muayenede de yüksek düzeyde kaygıyla penetrasyondan kaçınma gözlemledikleri araştırmayla benzerlik göstermektedir (93,158,239).

Araştırmamızda benlik imgesine yönelik olumsuz inançlar, cinsel-genital uyumsuzluk bilişleri ve penetrasyona yönelik kontrol bilişleri COPAİGB tanılı kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Birleşme denemeleri sırasında COPAİGB olan kadınların; %100'ü kasılma, %84.4'ü korku, %63.7'si endişe, %41.5'i suçluluk/pişmanlık, %37'si üzüntü/ağlama, %23'ü partnerini itme, %13.3'ü bacaklarını kapatma, %11.1'i panik hali/kontrolünü kaybetme korkusu, %1.5'i nefes darlığı, %0.7'si bulantı, %0.7'si utanç ve %0.7'si öfke yaşadığını belirtmiştir. Bulgularımıza göre COPAİGB tanılı kadınlar penetrasyona yönelik olumsuz duygularını kontrol etmekte zorlanmakta ve penetrasyon esnasında kontrollerini kaybedeceklerine yönelik kaygı yaşamaktadırlar. Literatürde benzer olarak, ağrıyı felaketleştirme, olumsuz kendilik imajı, cinsel tiksinti duygusu, kaçınma, yakınlık ve kontrolü kaybetme korkusunun vajinismusun özgül bilişsel ve davranışsal bileşenleri olduğu; sağlıklı grupla karşılaştırıldığında (248) kontrol bilişlerinin sağlıklı gruptan anlamlı olarak yüksek bulunduğu ve vajinismus tanılı kadınların sağlıklı olanlara göre penetrasyon sırasında kontrol kaybı, olumsuz benlik-imesi bilişleri, katastrofik ve ağrıya yönelik kognisyon ve cinsel-genital uyumsuzluk inançlarıyla ilgili daha fazla kaygı bildirdiği belirtilmiştir (43). Ek olarak vajinismusta en sık sunulan etiyolojik faktörlerinden birinin düşük benlik saygısı (24,255) olduğu ve bilişsel davranışçı terapi yöntemi uygulanan bir grup vajinismus tanılı kadının tedavi sonunda depresyon puanlarındaki azalmanın, düşük kendilik değerinin tedavi sonrasında olumlu şekilde etkilenmesi (256) nedeniyle olabileceği daha önce literatürde belirtilmiştir. Nobre ve arkadaşları, vajinismustaki korku ve kaçınma davranışının anksiyete bozukluğundaki ortaklığına dikkat çekmişlerdir (61).

Literatürle uyumlu olarak, çalışmamızda vajinismustaki anksiyete ve kaçınmanın merkezi rolü, penetrasyon esnasında kontrolünü kaybetme konusundaki kaygının önemli ölçüde artmış olmasıyla destek bulmuştur (43). Üst bilişsel kuramda, olumsuz olarak yorumlanan düşünceleri kontrol etmeye yönelik geliştirilen stratejiler istenenin aksine tehlike algısının devamına, düşüncelere defalarca maruziyete ve istenmeyen düşünceleri durdurmaya yönelik çabaların işe yaramaması nedeniyle kontrolün kaybedildiği hissine neden olduğu belirtilmektedir (41).

5.4. Cinsel Doyum ve Fonksiyon İle İlgili Değerlendirmeler

Çalışmamızda COPAİGB tanımlı kadınlarda GRCDÖKF toplam puanı, sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmi boyutları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Hastalarımızın cinsellikle ilgili hoşlandıklarını eşlerine rahatlıkla söyleyebilme, eşlerine nelerden hoşlandıklarını rahatlıkla sorabilme ve cinsel hayatlarından memnuniyet oranının kontrol grubundan anlamlı olarak düşük, istemediği halde cinsellik yaşama, cinsellikte sevgi şefkat eksikliği hissetme ve ayrılık düşüncesi oranının yüksek olduğu görülmüştür. Eşler arasındaki uyumsuzluk, ilişki ve iletişim sorunlarının bütün CİB'nin gelişmesinin etiyolojik faktörlerinden olduğu düşünüldüğünde (25-27,86) bulgularımız literatürle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda sıklık, dokunma-dokunulma, orgazm ve cinsel doyum boyutlarının vaka grubunda yüksek bulunması; yaşam boyu vajinismus olgularının sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı, dokunma-dokunulma, orgazm ve cinsel doyum boyutunun vaka grubunda yüksek (244) olduğu ve ülkemizde kontrol grubu oluşturulmadan yapılan benzer bir çalışmada vajinismuslu kadınlarda ilişki sıklığında azalma, ilişkiden kaçınma, dokunma-dokunulma sorunu olduğu (6) saptanan araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda cinsellikten kaçınma davranışı COPAİGB'lerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Meni, çıplaklık, penise dokunma, oral seks, vajinaya dokunma ve birden fazla pozisyonda birleşme/birleşme denemesinden kaçınma oranı da COPAİGB olanlarda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Cinsellikten kaçınmanın, geçici olarak olumsuz bilişleri ve duyguları azaltarak, cinsel kaygıyı daha iyi

yönetilebilir kıldığı belirtilmektedir (43). Bu noktada anksiyete ve buna bağlı kaçınmanın vajinismus oluşumunda veya sürdürülmesindeki merkezi rolü akla gelmektedir (43). Nobre ve arkadaşları cinsel bağlamdaki duygusal tepki olarak korkunun, vajinismusun başlıca öngörücülerinden biri olduğunu ve kaçınma davranışının vajinismus hastalarında karakteristik olarak görülen başa çıkma biçimlerinden olduğunu göstermiş; korku ve kaçınma davranışının anksiyete bozukluğundaki ortaklığına dikkat çekmişlerdir (61). Bununla beraber davranışsal, bilişsel ve duygusal kaçınmanın psikolojik rahatsızlıkların oluşmasında ve devam etmesinde rol oynayan üst bilişsel süreçlerden olduğu bilinmektedir (41).

Vaka grubumuzda fobi oranının ve fobilerden hayvan, kan, iğne, kapalı alan ve yükseklik fobilerinin kontrol grubundan yüksek olması; vajinismustaki korku, kaygı kaçınma döngüsü de düşünüldüğünde, vajinismusun vajinal penetrasyona spesifik bir fobi olabileceği şeklindeki literatürleri akla getirmektedir. Diğer yandan kan, enjeksiyon, yaralanma fobisi ise bedensel yaralanma ile ilgili aşırı korku ile karakterize olup mutilasyon fobisi grubu içinde ele alınır (257-260). DSM-5'te de pelvik taban kaslarında kasılma nedeniyle birleşmenin gerçekleşmemesinin yanında 'birleşmeye yönelik kaygı ve korku' da ölçüt olarak alınmış ve vajinismusun vajinal penetrasyona spesifik bir fobi olabileceğine atıf yapılarak daha kapsamlı bir tanımlama oluşturulmuştur (86).

5.5. Duygusal Şemalar İle İlgili Değerlendirmeler

Çalışmamızda vaka grubunda işlevsiz baş etme stratejilerinden kontrol edilmezlik, duygulara karşı zayıflık, akılcılık isteği (rasyonellik), ruminasyon, duyguları zararlı görme, duygulardan kaçınma, farklılık ve suçluluk anlamlı olarak yüksek; işlevsel başa çıkma stratejilerinden hisleri kabullenme ve anlaşılabilirlik boyutları kontrol grubunda yüksek bulunmuştur. Literatürde COPAİGB ve duygusal şema ilişkisini araştıran çalışma bulunmadığı için kendi ölçeklerimizde elde edilen veriler benzer araştırmalarla birlikte yorumlanacaktır.

Çalışmamızda COPAİGB olan gruba cinselliğe ve/veya birleşme denemelerine eşlik eden duyguları sordüğümüzda; %84.4'ü korku, %63.7'si endişe, %41.5'i suçluluk/pişmanlık, %37'si üzüntü/ağlama ve %11'i panik hali/kontrol

kaybı şeklinde yanıtlamışlardır. Vaka grubunda duygusal şema modelinin işlevsiz başa çıkma stratejilerinden olan duygulara karşı zayıflık, farklılık, duyguları zararlı görme, kontrol edilmezlik ve ruminasyon boyutlarındaki anlamlı yükseklik; COPAİGB tanılı kadınların olumsuz duygular hissetmeyi zayıflık olarak gördüklerini, diğer insanlardan farklı duygular yaşadıklarını düşündüklerini, bu duyguları zararlı olarak nitelendirdiklerini, duygularını kontrol edemeyeceklerine inandıklarını ve bu duygularla alakalı olarak ruminatif bir sürece girdiklerini göstermektedir. Bilişler, duygular ve cinsel tepkiler arasındaki ilişkiyi gösteren veriler kısıtlıdır. Literatürde CİB olan ve olmayan bireylerde duyguların rolü ve cinselliğe olan etkisi araştırılmış, depresif duyguların cinsel aktiviteyi negatif yönde etkilediğine ve olumsuz otomatik düşünceleri tetiklediğine yönelik veriler gösterilmiştir (261-268). Nobre ve Pinto, cinsel aktivite sırasında duyguların rolü üzerine yaptıkları çalışmalarda, depresif ruh haliyle (hüzün, endişe, utanç, hayal kırıklığı, suçluluk, zevk alamama ve düşük memnuniyet) yakından ilişkili duyguların, CİB ile güçlü bir ilişkisi olduğunu, korku ve endişe gibi anksiyöz ruh haliyle ilişkili duygularla cinsel işlevsellik arasında nispeten daha bağımsız bir ilişki olduğunu sunmuşlardır. Depresif içerikli duyguların cinsel bağlamda başarısızlık, terk edilme, sevilmemesi, düşük benlik ve beden algısı gibi olumsuz otomatik düşüncelerle beraberliğine dikkat çekilmiştir. Bu çalışma, Beck mod modeliyle uyumlu olarak, düşüncelerin, duyguların ve cinsel tepkinin eşzamanlı çalıştıklarını, birbirlerini etkilediklerini ve CİB sürdürülmesindeki rollerini vurgulaması açısından önemli ve bulgularımızı desteklemektedir (269). Nobre ve arkadaşları cinsel bağlamdaki duygusal tepki olarak korkunun, vajinismusun başlıca öngörücülerinden biri olduğunu, kaçınma davranışının vajinismus hastalarında karakteristik olarak görülen korkuyla başa çıkma biçimlerinden olduğunu ve vajinismusta görülen korku ve kaçınma davranışının anksiyete bozukluğundaki ortaklığına dikkat çekmiştir (270). Leahy; duygusal şemaları özellikle anksiyete bozukluklarında olmak üzere kişinin bilişsel davranışçı terapi sürecinde gerçekleşecek olan terapötik değişime olan direncinin altında yatan nedenlerden biri olarak görmektedir (56). Bu bağlamda COPAİGB'nin tedavi sürecindeki tedavi terklerinin ve terapötik değişime olan dirençlerin altında yatan sebep olumsuz duygulara yönelik kullanılan işlevsiz başa çıkma stratejileri olabilir.

Çalışmamızda olgu grubundaki kadınların yaşadıkları olumsuz duygulardan kaçındıkları ve duygularına karşı rasyonel yanıt arayışında oldukları tespit edilirken, sağlıklı grupta hisleri kabullenme ve anlaşılabilirlik boyutları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Duygusal şema modeline göre akılcılık isteğinin (rasyonellik), kişinin adaptif duygusal yanıtlarını engelleyebildiği (56) ve psikiyatrik rahatsızlıkların oluşmasında kişilerin duygularına verdiği yanıtların ve kullandığı stratejilerin etkili olduğu göz önüne alındığında (56), araştırmamıza alınan sağlıklı grubun duygularını daha fazla onayladığı, diğer insanların da benzer olumsuz duygulara sahip olduğunu kabul ettikleri, duygularını daha anlamlı buldukları ve böylece daha adaptif duygusal düzenleme mekanizmaları geliştirdikleri söylenebilir.

Çalışmamızda COPAİGB tanılı kadınların duygularıyla baş edebilmek için kullandıkları işlev bozucu duygusal stratejilerden olan suçluluğun yüksek olması, vajinismus tanılı kadınlarda suçluluk şemalarının psikopatolojiyle ilişkilendirildiği yayınlarla uyumlu ve cinsellikle ilgili suçluluk hissetmenin vajinismus etiolojisindeki (28,121,270) yerini destekler niteliktedir. COPAİGB olan kadınlar olumsuz duyguların yanında cinsellik ve saldırganlık gibi duyguları hissetmenin yanlış olduğunu ve bu duyguları hissettikleri için cezalandırılacaklarını düşünüyor olabilirler.

Çalışmamızda COPAİGB tanılı kadınların duygularına yönelik ruminasyon şemaları sağlıklı gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Depresif içerikli duygular, cinsel bağlamda başarısızlık, terk edilme, sevilme, düşük benlik ve beden algısı gibi olumsuz otomatik düşüncelerle beraber olabilir ve depresif duygudurumun başlangıçtaki olumsuz düşüncelere yanıt olarak ruminasyon ortaya çıkabilir. Bu da psikolojik rahatsızlıkların oluşmasında veya devam etmesinde rol oynayan düşünce süreçlerinden biridir (269,262).

Çalışmamızda COPAİGB olan kadınlarda orgazm taklidi yapma oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bulgumuz, psikopatolojinin cinsel bağlamda başarısızlık, terk edilme, sevilme, düşük benlik-beden algısı gibi olumsuz otomatik düşünceleri tetiklemesinin ve duygularla başa çıkmak için kullanılan işlevsiz stratejilerin bir sonucu olabilir (270).

5.6. Üst Bilişlerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda COPAİGB grubunda ÜBÖ toplam puan, endişeye dair olumlu inançlar, bilişsel farkındalık ihtiyacı, düşünceleri kontrol ihtiyacı, kontrol edilmezlik ve tehlikeye karşı olumsuz inançlar kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Literatürde COPAİGB ve üst biliş ilişkisini araştıran çalışma bulunmadığı için kendi ölçeklerimizde elde edilen veriler benzer çalışmalarla birlikte yorumlanacaktır.

COPAİGB tanılı kadınlarda ÜBÖ toplam puanının anlamlı olarak yüksek bulunması, üst bilişsel mekanizmaların psikopatolojiyi yordadığı bilgisini desteklemektedir (271). COPAİGB tanılı kadınlar endişelenmeyi işlevsel olarak değerlendiriyor, öte yandan bu endişe arttıkça kontrol edilemeyeceği ve endişenin tehlikeli olduğu şeklindeki inançları artıyor olabilir. Düşüncelerini kontrol etme çabalarının bir sonucu olarak düşünceleriyle sürekli uğraş halinde oldukları dolayısıyla dikkatlerinin düşünce süreçlerine odaklı ve bilişsel farkındalıklarının artmış olduğu söylenebilir. İşlevlerini yerine getirebilmek ve güvende kalabilmek için düşüncelerini kontrol altına almaları gerektiğini; düşüncelerini kontrol altına alamadıkları takdirde ortaya çıkacak sonuçlardan sorumlu olacaklarını düşünüyor olabilirler. Bulgularımız endişeye dair olumlu inançlar, endişelenmenin plan yapma ya da sorun çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları arasında bağlantı olduğunu belirten üst bilişsel kuramla uyumlu görünmektedir (41). Olumsuz olarak yorumlanan düşünceleri kontrol etmeye yönelik geliştirilen stratejiler istenenin aksine tehlike algısının devamına, düşüncelere defalarca maruziyete ve istenmeyen düşünceleri durdurmaya yönelik çabaların işe yaramaması nedeniyle kontrolün kaybedildiği hissine neden olabilir (41).

5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları Ve Literatüre Katkıları Üzerine Değerlendirmeler

Geniş bir örnekleme çalışılması, vaka ve kontrol grubunun yaş ve eğitim durumu açısından eş olması, kontrol grubuyla karşılaştırma yapılmış olması, tüm hasta ve sağlıklı kadınlarla hem klinik görüşme, hem de ölçekle değerlendirme yapılması, yalnızca klinisyen görüşmesiyle değil geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış iki ölçekle COPAİGB tanısının konması, depresyon ve anksiyete bozukluğu

eşlik eden hastaların çalışmaya dahil edilmeyerek bu iki bozukluk tarafından etkilenmemiş üst bilişlerin ve duygusal şemaların değerlendirilmesi çalışmamızın güçlü taraflarıdır. Araştırmamız duygusal şema ve üst bilişlerin de tedavide göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermesi anlamında bir ilktir.

Çalışmamızın kesitsel nitelik taşıması ve yalnızca tedavi başvurusu olan grupta yapılmış olması sonuçların genellenmesi açısından kısıtlılıktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak COPAİGB tanılı kadınlar olumsuz duygular hissetmeyi zayıflık olarak değerlendiriyor, diğer insanlardan farklı duygular yaşadıklarını düşünüyor ve bu duyguları hissetmeyi zararlı olarak nitelendirdikleri için kaçınıyor olabilirler. Ayrıca duygularını kontrol edemedikleri takdirde cezalandırılacakları şeklinde suçluluk ve duygularına rasyonel bir cevap arayışına girdikleri için ruminatif bir süreç yaşıyor olabilirler. Bulgularımız duyguların olduğu gibi yaşantılanması, olumsuz duyguların normalize edilmesi ve bunlara yönelik ruminatif yanıtın engellenmesine yönelik tedavi önerileri sunmaktadır.

Hipotetik olarak öne sürdüğümüz gibi COPAİGB olan kadınlarda ÜBÖ toplam puanın yüksek bulunması; COPAİGB'lerin endişelenmeyi işlevsel olarak değerlendirdikleri, ancak endişe arttıkça kontrol edilemeyeceği ve endişenin tehlikeli olduğuna dair inançlarının arttığı anlamına gelebilir. Düşüncelerini kontrol etme çabalarının bir sonucu olarak düşünceleriyle sürekli uğraş halinde oldukları dolayısıyla dikkatlerinin düşüncelerine odaklı ve bilişsel farkındalıklarının artmış olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda COPAİGB olanlarda gördüğümüz penetrasyona yönelik olumsuz bilişler ve cinsel işlev alanlarının tümündeki bozulma tedavide olumsuz bilişler üzerinde çalışılmasının yanında, davranışçı yaklaşım ve sistematik duyarsızlaştırma kullanılmasının faydalı olacağını düşündürmektedir. Tedaviyle eşler arasındaki kısıtlı iletişim arttırılabilir ve cinsel yaşam daha doyumlu hale gelebilir. COPAİGB psikoterapi sürecinin diğer CİB açısından koruyucu bir müdahale olacağını söylemek çok da yanlış olmaz. Bu yorumları destekleyecek daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmamızda COPAİGB tanılı kadınlarda sağlıklı kadınlara göre ilk cinsel aktivite yaşının, ilk masturbasyon yaşının, erken evlenme, eşle akrabalık ve ilk cinsel partnerin eş olma oranının yüksek; evlilik öncesi birleşme ve anlaşarak evlenme oranının düşük olması cinselliğin ülkemizde tabu olarak algılandığını ve kültürel faktörlerin psikopatoloji üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Masturbasyonun günah ve zararlı olarak değerlendirilmesi, ilk menarşa verilen

olumsuz tepkiler, ailelerin cinselliğe yönelik kaçınan tutumu, psikiyatrist/psikolog başvurularının az olması ve önceden alınan tedaviler göz önüne alındığında ülkemizde cinsel bilgilendirmenin yanlış ve yetersiz olduğu, cinsel eğitimin yaygınlaştırılmasının önemi ve tedavinin ilk aşamasında hastalara cinsel anatomi ve fizyoloji bilgilerini vermenin gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır. COPAİGB olanlarda depresyon ve anksiyete puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Tedavi öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi uygulanacak teknikler açısından yol gösterici ve tedaviyi tamamlamanın yordayıcısı olabildiğinden faydalı olacaktır.

Sonuç olarak çalışmamızın zor konuşulan bir alanda elde edilen veriler açısından COPAİGB tedavisinde literatüre katkı sağlayacağına inanmaktayız. Gelecekte daha fazla katılımcı ile izlem çalışmalarının yapılması, duygusal şemaların ve üst bilişlerin değişimine bakılması bu konudaki bilgilerimizi zenginleştirecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Sims JM. On vaginismus, Trans Obstet Soc London, 1862; 3:356-367.
2. Butcher J. ABC of sexual health: Female sexual problems II: Sexual pain and sexual fears. British Medical Journal 1999; 318:110-112.
3. Öñiz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. J Sex Med 2007; 4:1575- 1581.
4. Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M, Eşsizoğlu A, Çakmak AC, Çakmak E, Erdiman S. Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48:24-30.
5. Özdemir Ö, Simsek F, Incesu C, Karakoç B, Özkardeş S. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1,002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. Üroloji Bülteni 2003; 14:137-44.
6. Tuğrul C, Kabakçı E. Vaginismus and its correlates. Sexual and Marital Therapy 1997; 12:23- 34.
7. Doğan S, Özkorumak E. Ağrılı genital cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler. Klinik Psikiyatri 2008; 11:135-142.
8. Doğan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. J Sex Med 2009; 6:184-192.
9. Goldmeier D, Keane FE, Carter P, Hessman A, Harris JR, Renton A. Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic. Int J STD AIDS. 1997; 8:303-306.
10. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in Portuguese clinical sample. J Sex Marital Ther. 2006; 32:173-182.
11. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. Arch Sex Behav. 1990; 19:389-408.
12. O'Sullivan K. Observations on vaginismus in Irish women. Arch Gen Psychiatry. 1979; 36:824-826.

13. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *J Sex Marital Ther* 1999; 25: 211-215.
14. Barnes J. Primary vaginismus (part 1): social and clinical features. (part 2): aetiological features. *Ir Med J* 1986; 79:59-62.
15. Biswas A, Ratnam SS. Vaginismus and outcome of treatment. *Ann Acad Med Singapore* 1995; 24:755-758.
16. Jones KD, Lehr ST, Hewell SW. Dyspareunia: Three case reports. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26:19-23.
17. Fritz GS, Stoll K, Wagner N. A comparison of males and females who were sexually molested as children. *J Sex Marital Ther* 1981; 7:54-59.
18. Blazer JA. Married virgins: a study of unconsummated marriage. *J Marriage Fam* 1964; 26:213-214.
19. Ward E, Ogden E. Experiencing vaginismus-sufferers' beliefs about causes and effects. *J Sex Marital Ther* 1994; 9:33-45.
20. Audibert C, Kahn-Nathan J. Le vaginisme. *Contracept Fertil Sex* 1980; 8:257-263.
21. Ellison C. Psychosomatic factors in the unconsummated marriage. *J Psychosom Res* 1968; 12:61-65.
22. Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. *Psychother Psychosom* 1989; 52:197-204.
23. Hawton K: Sexual Dysfunction: In Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark M (editors). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989, 370-405.
24. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little Brown, 1970.
25. Grafeille N. Profil comportemental des partenaires des femmes vaginiques. *Psychol Med* 1986; 18:411-414.
26. Weiner MF. Wives who refuse their husbands. *Psychosomatics* 1973; 14:277-282.

27. Bancroft J. Human Sexuality and Its Problems. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980.
28. Kayır A, Salman B, Arı D. 100 vajinismus olgusunun TAT verileri. 7. Ulusal Psikoloji Kongre Kitabı, 1992.
29. Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. J Sex Marital Ther 1979; 5:244-281.
30. Van der Velde J, Laan E, Everaerd W. Vaginismus, a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure emotion-inducing film excerpts in women with or without vaginismus. Int Urogynecol J Pelvic Flor Dysfunct 2001; 12:328-331.
31. Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York: Brunner-Mazel, 1974; 412-430.
32. Kennedy P, Doherty N, Barnes J. Primary vaginismus: a psychometric study of both partners. J Sex Marital Ther 1995; 10:9-22.
33. American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Am Psychiatr Assoc Washington. 2013; 19.
34. İncesu C, Yetkin N. Cinsel işlev bozuklukları. İstanbul: Roche Monograf Serisi-3, 1999; 10-25.
35. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz, P. Psikiyatri: Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Bozkurt, A. (Çeviri Ed.) 11. Baskı, Lippincott Williams & Wilkins. 2011; 564-599.
36. Dunlosky J, Metcalfe J. Metacognition. Sage Publication. 2008.
37. Nelson TO, Narens T. Metamemory: A Theoretical Framework and New Findings. The Psychology Of Learning And Motivation. 1990; 26:125-141.
38. Schneider W, Lockl K. The development of metacognitive knowledge in children and adolescents. In: Perfect T, Schwartz B, editors. Applied metacognition. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002; 2002.
39. Flavell JH. Metacognition and metacognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. American Psychologist. 1979; 34:906-911.

40. Brown A. Metacognition executive control, self regulation and other more mysterious mechanism. *Metacognition, motivation and understanding*. 1987; 65-116.
41. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Newyork: Guilford Press. 2009; 1-3.
42. Giuri S, Caselli G, Manfredi C, Rebecchi D, Granata A, Ruggiero GM, Veronese G. Cognitive Attentional Syndrome and Metacognitive Beliefs in Male Sexual Dysfunction: An Exploratory Study. *Am J Mens Health*. 2017 May;11(3):592-599.
43. Cherner RA, Reissing ED. A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with life long vaginismus. *Arch Sex Behav*, 2013; 42(8):1605-14
44. Ramezani MA, Ahmadi K, Besharat M, Noohi S, Ghaemmaghami A. Efficacy of metacognitive therapy for hypoactive sexual desire disorder among Iranian couples. *Psychother Res*, 2017; 24:1-7.
45. Riskind JH. The mediating mechanisms in mood and memory: A cognitive-priming formulation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1989; 4:173-184.
46. Safran J. Widening the scope of cognitive therapy: The therapeutic relationship, emotion, and the process of change. Northvale, NJ: JasonAronson, 1998.
47. Beck AT, Freeman A, Davis D. *Cognitivetherapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: GuilfordPress, 2004.
48. Beck AT. Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In Salkovskis P (Ed.). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press, 1996, 1-25.
49. LeDoux JE. *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*, New York: Simon and Schuster, 1996.
50. Zajonc RB. Feeling and thinking: Closing the debate over the independence of affect, içinde: Forgas, J. P. (ed.), *Feelingand Thinking: The Role of Affect in Social Cognition*, New York: Cambridge University Press, 2000, 31-58.
51. Greenberg LS, Watson JF. *Emotion-focused therapy of depression*, Washington, DC: American Psychological Association Press, 2005.

52. Forgas JP. Feeling and Thinking, Cambridge, England: Cambridge University Press, 2000.
53. Forgas JP. Feeling is believing? The role of processing strategies in mediating affective influences on beliefs, içinde: NH Frijda, ASR Manstead, S Bern (ed.), Emotions and Belief: How Feelings Influence Thoughts. Studies in Emotion and Social Interaction, New York: Cambridge University Press, 2000: 108-143.
54. Greenberg LS. Emotion-focused Therapy: Coaching Clients to Work through Their Feelings, Washington, DC: APA, 2002.
55. Greenberg, L. S. ve J. D. Safran, (1987). Emotion in Psychotherapy: Affect, Cognition, and The Process of Change, New York: Guilford Press.
56. Leahy R. Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. Cognitive and Behavioral Practice 2006; 14:1, 36-45.
57. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. Cognitive and Behavioral Practice. 2006; 9:177-190.
58. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. J of Personality and Social Psychology. 1998; 54(3): 466–475.
59. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010; 30(2):217-37.
60. Oliveria C, Nobre PJ. Cognitive Structures in Women with Sexual Dysfunction: The Role of Early Maladaptive Schemas. J Sex Med 2013; 10:1755-1763.
61. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and Emotional Predictors of Female Sexual Dysfunctions: Preliminary Findings. Journal of Sex & Marital Therapy, 2008; 34:325–342.
62. Robert L. Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. Cognitive and Behavioral Practice, 2006; 14:36-45.
63. Derby DS, Peleg-Sagy T, Doron G. Schema Therapy in Sex Therapy: A Theoretical Conceptualization, Journal of Sex & Marital Therapy, 2016; 2; 42(7):648-58.
64. World Health Organization. Dept. of Reproductive Health and Research. Developing sexual health programmes: a framework for action. WHO/RHR/HRP/10.22, Geneva, 2010.

65. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Gençlik ve cinsellik bilgilendirme dosyası (Sayı 7). İstanbul, 2006.
66. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. Sexual Behavior in the Human Female. Indiana University Press, USA.
67. Masters W, Johnson V. İnsanda Cinsel Davranış. Sayın Ü (Çeviri Ed.) İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994, 91.
68. Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little Brown, 1966.
69. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. Journal of Sex Marital Therapy, 1977; 3(1):3-9.
70. Kaplan HS. Yeni Cinsel Terapi. Bolat F (Çeviri Ed.) 1. Baskı, Ankara: CK Yayın Evi, 2014, 19–122.
71. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual pharmacology: Drugs that affect sexual functioning. WW Norton & Co, 1996.
72. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge university press, 2013.
73. Aslan E, Poçan GA, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T. Menopoz sonrasındaki cinsel disfonksiyonun hormonal durum ve sosyokültürel faktörlerle etkileşimi. Türk Jinekoloji ve Obstet Derneği Derg. 2008; 5:263–268.
74. Patel AS, O'Leary ML, Stein RJ, Leng WW, Chancellor MB, Patel SG, Borello-France D. The relationship between overactive bladder and sexual activity in women. Int Braz J Urol 2006; 32(1):77-87.
75. Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:1012-30.
76. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klin Psikiyatr Derg. 2004; 3:3–13.
77. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H (editörler). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası 1: Cinsel Yaşam ve Sorunları. İstanbul, 2006. (MElike tezindekn alınan) 19-42.

78. Kayır A, Özdemir Ö. İnsanda cinsellik. Köroğlu E, Güleç C. (editörler). Psikiyatri temel kitabı. İkinci baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007, 416-421.
79. Schiavi RC, Segraves RT. The biology of sexual function. Psychiatric Clinics of North America, 1995; 18:7-23
80. Incesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri 2004; 3:3-13
81. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Leiblum S. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. The Journal of urology, 2000; 163(3): 888-893.
82. Basson R, Wierman ME, Van Lankveld J, Brotto L. Reports: summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. The journal of sexual medicine, 2010; 7(1pt2): 314-326.
83. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian W. Original Research-Women's Sexual Dysfunctions: Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. The journal of sexual medicine, 2005; 2(3): 291-300.
84. Basson R, Leiblum S, Brotto LA, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Meston C, Schover L. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2003; 24(4): 221-229.
85. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapları, 2011.
86. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Köroğlu E. (Çeviri Ed.) 5. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
87. Simon JS, Carey MP. Prevalance of sexual dysfunctions: Results from a decade of Research. Archieives of Sexual Behaviour. 2002; 30(2), 2001
88. Yetkin N, Incesu C: Cinsel işlev bozukluklarında kullanılan terimlerin gözden geçirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi 4. 1997; 214-218.
89. ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Dünya Sağlık Örgütü 1992. Çev. Ed. Öztürk Ö, Ufuk B. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Derneği Yayını, 1993.

90. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, 2. baskı. (Çev. E Köroğlu) Hekimler YayınBirliği, Ankara, 2005.
91. Sungur MZ, Gündüz A. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. The journal of sexual medicine, 2014; 11(2): 364-373.
92. Özdemir Ö. Birleşemeyen çiftler: Klinik özellikler ve tedavi yaklaşımı. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 2009; 4:72-75.
93. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. Does vaginismus exist: A critical review of the literature. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1999; 187(5):261-274.
94. Bayrak M. 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, 2006.
95. Costa Talens P, Colorado Vicente M. Un problema ginecologico en al papiro Ramesseum IV, Med Esp, 1971; 66:274-6.
96. Trotula of Salerno, Passionibus Mulierum Curandorum, translated as The Diseases of Women by Elizabeth Mason-Hohl, The Ward Ritchie Press, Los Angeles, 1547/1940.
97. Adasal R. Cinsiyet Aşk Evlilik. Tarhan Kitabevi. Ankara 1962.
98. Drenth JJ, Andriessen S, Heringa MP, Mourits MJ, Van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC. Connections between primary vaginismus and procreation: Some observations from clinical practice. J Psychosom Obstet Gynaecol, 1996; 17:195-201.
99. Sartin JS, Sims JM. The father of gynecology: hero or villain? Southern Medical Journal, 2004; 97(5):500-5.
100. Helmuth T. Vaginismus. The North American Journal of Homeopathy, 1865; 13:64-66.
101. Scanzoni V. Über Vaginismus, Wien Med Wochenschr, 1867; 17:274-275.
102. Holloway JM. Analysis of Various Articles. The Richmond and Louisville Medical Journal, 1868; 535.

103. Ricci JV. One Hundred Years of Gynaecology, 1800-1900. Philadelphia The Blakiston Company, 1945; 551-553
104. Binik YM, Meana M, Berkley K, Khalifé S. The sexual pain disorders: Is the pain sexual or is the sex painful? Annual review of sex research, 1999; 10:210-235.
105. Engman M. Partial vaginismus definition, symptoms and treatment. Linköping University Medical Dissertation, 2007; No. 1015.
106. Levine SB. Painful Sex: In Bergeron S, Meana M, Binik YM, Khalifé S (editors). Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals. 2nd Edition, Routledge Taylor&Francis Group, 2010;193-214.
107. Goodwach R. Sex therapy: Historical evolution, current practice, Part I. Australian New Zealand Journal of Psychiatry, 2005;26(3):155-164.
108. Friedman IJ. Virgin wives. London: Tavistock. 1962
109. Dawkins S, Taylor R. Non-consummation of marriage: A survey of seventy cases. Lancet, 1961;2:1029- 1030.
110. Abraham HC. Therapeutic and psychological approach to cases of unconsummated marriage. British Medical Journal, 1956; 1:837-839
111. Lamont JA. Vaginismus. Am J Obstet Gynecol, 1978; 131:632-636
112. Crowley T, Richardson D, Goldmeier D. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Int J STD AIDS, 2006; 17:14-8
113. Jeng C. The pathophysiology and etiology of vaginismus. Taiwanese J Obstet Gynecol, 2004; 43:10-15.
114. Wijma B, Wijma K. A cognitive behavioural treatment model of vaginismus. Scand J Behav Ther, 2007;145-156.
115. Jelliffe SE. Psychoanalytic review. International Journal of Psycho-Analysis. 1925; 12:234-243.
116. Gürdal A. Psikanalizde Kadınlık Üzerine İlk Görüşler. Psikanaliz Yazıları. 2: 11-17. Bağlam Yayınları. İstanbul 2001.

117. Shildrick M, Price J. Splitting The Difference: Adventures In The Anatomy And Embodiment Of Women. In: G. Griffin, M. Hester, S. Rai, S. Rosenheil (Eds), *Stirring It: Challenges For Feminism*, London: Taylor & Francis, 1994, 156-179
118. Braun V, Wilkinson S. Socio-Cultural Representations Of The Vagina. *Journal Of Reproductive And Infant Pscyhology*, 2001;19:1.
119. Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory Of Neurosis*, Taylor& Francis, 2005;156.
120. Şahin D, Kayır A. Vajinismus ve Erken Boşalmada Değerlendirme, Tanı ve Tedaviler. Roche, İstanbul, 2001; 97-112.
121. Leiblum SR. Vaginismus: a most perplexing problem: In Leiblum SR, Rosen RC (eds.). *Principles and Practice of Sex Therapy*, third ed. New York: Guilford Press, 2000;181–202.
122. Weijmar Schultz WCM, Van de Wiel HBM. Vaginismus: In R Balon, RT Segraves (editors). *The Handbook of Sexual Dysfunctions*. Boca Raton: Taylor&Francis, 2005; 273-292.
123. Malleson J. Vaginismus: Its management and psychogenesis. *BMJ*, 1942; 213-216.
124. Barnes J, Bowman EP, Eimer P, Cullen J. Biofeedback as an adjunct to psychoterapy in the treatment of vaginismus. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1984; 9:281-289.
125. Shafik A, El-Sibai O. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: a concept of pathogenesis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2002;105:67-70
126. Frasson E, Graziottin A, Priori A, Dall'ora E, Didonè G, Garbin EL, Vicentini S, Bertolasi L. Central nervous system abnormalities in vaginismus. *Clin Neurophysiol* 2009;120:117-22.
127. Van der Velde J. *The Pelvic Floor, the Mechanism of Vaginismus*. Doctoral Thesis University of Amsterdam, 1999.
128. Van der Velde J, Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behav Res Ther* 2001; 39:395–408.
129. Engman M, Lindehammar H, Wijma B. Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *Psychosom Obstet Gynecol*, 2004; 25:281-94.

- 130.Wincze JP, Carey MP. Sexual Dysfunction, A Guide of Assesment and Treatment , Second Ed. New York: Guilford Press., 2001; 61-66.
- 131.Bertolasi L, Frasson E, Bottanelli M, Vicentini S, Didonè G, Graziottin A. Coexisting idiopathic cervical dystonia and primary vaginismus: a case report. J Neurol., 2008; 255:443-5.
- 132.Potts A. The Science/Fiction of Sex, Psychology Press, Routledge, 2002;56-68
- 133.Drenth JJ. Vaginismus and desire for a child. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 1988; 9: 125-137.
- 134.Barnes J. Primary vaginismus (Part 2): Aetiological factors, Irish Medical Journal 1986; 79:62-65.
- 135.Hiller J. Female sexual arousal and its impairment: The psychodynamics of non-organic coital pain. Journal Sexual and Maerital Therapy, 1996;11:55 – 76.
- 136.Ersoy MA. Psikiyatri ve Sosyal Bilimlerin İlişkisi. Klinik Psikiyatri, 1999; 2:230-238.
- 137.Ng ML. Vaginismus - a disease, symptom or culture-bound syndrome? Sex Relation Ther, 1999;14:9-13.
- 138.Yaşan A, Eşsizoglu A,Yıldırım EA. Predictor factors associated with premarital sexual behaviors among university students. Int J Sex Health, 2009; 21(2):145-152.
- 139.Eşsizoglu A, Yaşan A, Yıldırım EA. Inappropriate treatment of a woman with vaginismus and social and psychiatric consequences in a traditional culture. Sex Relation Ther, 2009;24(3):286-292.
- 140.Yaşan A, Gürgen F. Marital satisfaction, sexual problems, and the possible difficulties on sex therapy in traditional islamic culture. J Sex Marital Ther, 2009; 35:68-75.
- 141.Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. J Interpers Violence, 1992; 7:189-104.
- 142.Oktay M, Erez S. Vajinismus vakalarının psiko-sosyal ve psikoterapik yönden incelenmesi. Yeni Syposium 1996; 34:60-64.

- 143.Oktay A, Tombul K. İki yüz vajinismus vakası ve eşlerinin psikolojik açıdan incelenmesi. Yeni Symposium, 2003;41 (3): 115-119.
- 144.Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. J Sex Marital Ther, 2003;29:47-59.
- 145.Watts G, Nettle D. The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. J Sex Med 2010;7:143-148.
- 146.Alami KM, Kadri N. Moroccan women with a history of child sexual abuse and its long-term repercussions: A population-based epidemiological study. Arch Wom Ment Health 2004; 7:237–242.
- 147.Doğan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. J Sex Med 2009; 6:184-192.
- 148.Nasab MM, Farnoosh Z. Management of vaginismus with cognitive-behavioral therapy, self-finger approach: A study of 70 cases. IJMS 2003;28:69-71.
- 149.Engman M. Partial vaginismus definition, symptoms and treatment. Linköping University Medical Dissertation. 2007;15.
- 150.Christensen BS, Gronbæk M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. Arch Sex Behav. 2011; 40(1):121-132.
- 151.Kadri N, Alami KHM, Tahiri SM. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. Arch Womens Ment Health. 2002; 5:59–63.
- 152.Amidu N, OwiredüW, Woode E. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. Reprod Biol Endocrinol. 2010; 8:106-112.
- 153.Yılmaz E, Zeytinci İE, Sari S, Karababa İF, Cilli AS, Kucur R. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. Turk Psikiyatri Derg. 2010; 21:126-134.
- 154.Şimşek F, Özdemir Ö, İncesu C, Karakoç B, Özkardeş S. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1,002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. Üroloji Bülteni, 2003; 14:137-44.
- 155.Bachman G. Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve? J Sex Med., 2006;3(4):639-45

- 156.Yüksel Ş, Cindoğlu D (ed). CETAD, Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında ulusal ve yerel medya yoluyla savunuculuk projesi. Bilgilendirme dosyası 5: Kadın cinselliği, CETAD. 2006.
- 157.Coppini, A. A case of primary vaginismus. International Forum of Psychoanalysis. 1999; 8:49-52.
- 158.Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. Archives of Sexual Behavior. 2004; 33(1):5-17.
- 159.Pukall CF, Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Abbott FV. New clinical and research perspectives on the sexual pain disorders. Journal of Sex Education and Therapy. 2000; 25(1):36-44.
- 160.Van der Velde J, Everaerd W. Voluntary control over pelvic floor muscles in women with and without vaginistic reactions. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 1999; 10;230-6.
- 161.İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi. 2011; Suppl. 1(48): 1-6.
- 162.Sungur M. Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. Sexual and Marital Therapy. 1994;9(3):251-265.
- 163.Yetkin N. Vajinismus. Cinsel Dışlev Bozuklukları Monograf Serisi. 1999;3:26-29.
- 164.Leiblum SR, Pervin LA, Campbell EG. The treatment of vaginismus: Success and failure. In SR Leiblum, RC Rosen (Eds), Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s. New York: Guilford Press, 1989:113–140.
- 165.Wijma B, Wijma KA. cognitive behavioural treatment model of vaginismus. Scand J Behav Ther. 1997; 26:145-156.
- 166.Heiman JR, Meston CM. Empirically validated treatment for sexual dysfunction, Annual Review of Sex Research. 1997; 8:148-194.
- 167.Ramage M. Female sexual dysfunction. Psychiatry. 2003;3(2):16-20.
- 168.Binik Y. The DSM Diagnostic Criteria for Vaginismus. Archives of Sexual Behavior. 2010; 39:278-291

- 169.Fuchs K, Hoch Z, Paldi E, Abramovici H, Brandes JM, Timor-Tritsch I, Kleinhaus M. Hypno-desensitization therapy of vaginismus. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1973; 21:144-156.
- 170.Hawton K, Catalan J. Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 1986;24:377-385.
- 171.Kayır A. Kadın ve Cinsel Sorunları, Tekeli, Ş (ed.) Kadın bakışı açısından 80'ler Türkiye'sinde Kadınlar, İstanbul, İletişim Yayınları, 1990.
- 172.Gehring D, Chan AWC. Group therapy – a useful treatment modality for woman diagnosed with primary and secondary vaginismus. *Journal of Sex Education and Therapy*. 2001;26(1):59-67.
- 173.Van Lankveld J, Everaerd W, Grotjohann Y. Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *The Journal of Sex Research*. 2001; 38(1):51-67.
- 174.Morris E, Mukhopadhyay S. Dyspareunia in gynaecological practise. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2006;16:226-233.
- 175.Nancy A, Phillips MU. Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. *American Family Physician*. 2000; 62(1):127-136.
- 176.Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *The Journal of Urology*. 2005;66:77-81.
- 177.Shafik A, El-Sibai O. Vaginismus: Results of treatment with botulin toxin. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000; 20(3), 300-302.
- 178.Smith KM, Gillmer MD. Amielle vaginal trainers – a patient evaluation. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998; 18(2):146-147.
- 179.Jeng CJ, Wang LR, Chou CS, Shen J, Tzeng CR. Management and outcome of primary vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2006; 32:379-387.
- 180.Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them. *Archives of Sexual Behavior*. 2002; 31(5):445-450.
- 181.Tulla ME, Dunn ME, Antilus R, Muneyyirci-Delale O. Vaginismus and failed in vitro fertilization. *Sexual and Relationship Therapy*, 2006; 21(4):439- 443.

182. Ter Kuile MM, Van Lankveldb JJDM, De Groota E, Melleb R, Neffsa J, Zandbergenb M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45:359-373.
183. Kabakçı E, Batur B. Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2003; 29(4):277-288.
184. Koehler J. Vaginismus: Diagnosis, etiology and intervention. *Contemporary Sexuality*, 2002; 36:i-viii.
185. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1974.
186. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*. 1996; 34:881-888.
187. Normann N, Van Emmerik AA, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*. 2014; 31:402–411.
188. Kennedy-Moore E, Watson JC. *Expressing Emotion: Myths, Realities, and Therapeutic Strategies*, New York: Guilford Press. 1999.
189. Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: Implications for psychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1992; 2:1-18.
190. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 1986; 99:20–35.
191. Greenberg LS, Paivio SC. *Working with the Emotions in Psychotherapy*, New York: Guilford Press. 1997.
192. Leah RL. *A Model of Emotional Schemas*. American Institute for Cognitive Therapy, New York, and Weill-Cornell University Medical College.
193. McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; 2.
194. Schnyder U, Schnyder-Lüthi C, Ballinari P, Blaser A. Therapy for vaginismus: In vivo versus in vitro desensitization. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998; 43:941-944.

- 195.Scholl GM. Prognostic Variables in Treating Vaginismus, Obstetrics and Gynecology. 1988; 72:123-127.
- 196.Mock M, Ben Aderet N, Musaph H. Follow up investigation of vaginistic patients. Eighth Sexology Congress, Heidelberg. 1987; 14-20.
- 197.Graziottin A, Sexual Pain Disorders: Dyspareunia and Vaginismus in Porst H, Buvat J (ed.) Standard Practice in Sexual Medicine, Blackwell Publishing, 2006.
- 198.Pintrich PR, Wolters CA, Baxter GP. 2. Assessing Metacognition and Self-Regulated Learning. 2000.
- 199.Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. Clin Psychol., 2002; 9: 95-100.
- 200.Nelson TO, Narens L. Why investigate metacognition?, 1996.
- 201.Nelson TO, Stuart RB, Howard C, Crowley M. Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practise. Clinical Psychology and Psychotherapy. 1999; 6:73-79.
- 202.Conway A. R. A., Kane M. J., Bunting M. F., Hambrick D. Z., Wilhelm O., Engle R. W. (2005). Working memory span tasks : A methodological review and user' s guide. Psychon. Bull. Rev. 12, 769–786.
- 203.Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. Cognitive and Behavioral Practice, 2001; 8:160–164.
- 204.Alloy LB, Abramson LY. The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) project: Conceptual background, design and methods. J of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. 1999; 13: 227–262.
- 205.Wells A, Matthews G. Attention and Emotion: A Clinical Perspective. Hove, UK: Lawrence Erlbaum, 1994.
- 206.Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. UK: John Wiley & Sons, 2000.
- 207.Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive–compulsive disorder: A test of the metacognitive model. Behaviour Research and Therapy, 2005; 43(6): 821-829.

208. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of anxiety disorders*, 2005; 19(7): 806-817.
209. Holeva V, Tarrier N, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy* 2002; 32(1): 65-83.
210. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 2003; 41(2): 251-256.
211. Weiss AP, Dodson CS, Goff DC, Schacter DL, Heckers S. Intact suppression of increased false recognition in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159(9):1506-13.
212. Bacon, E., Danion JM, Kauffmann-Muller F, Bruant A. Consciousness in schizophrenia: a metacognitive approach to semantic memory. *Consciousness and cognition*, 2001; 10(4): 473-484.
213. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 2003; 27(3): 261-273.
214. Toneatto T. Metacognition and substance use. *Addictive behaviors*, 1999; 24(2): 167-174.
215. Veenman MV, Van Hout-Wolters BHAM, Afflerbach P. Metacognition and learning: Conceptual and methodological considerations. *Metacognition and Learning*, 2006; 1(1): 3-14.
216. Kapçı EG, Hamamcı Z. Aile İşlevi ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki: Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü. *Klinik Psikiyatri*. 2010; 13:127-136.
217. Alford BA, Beck AT. The integrative power of cognitive therapy. New York: Guilford Press 1997; 11-22.
218. Kovacs M, Beck AT. Maladaptive cognitive structures in depression. *American J of Psychiatry*, 1978; 135: 525–533.
219. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange. 1999.

220. Matthews G, Harley TA. Connectionist models of emotional distress and attentional bias, *Cognition and Emotion*, 1996; 10:561-600.
221. Beck AT. Cognitive theory and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976.
222. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford, 2003; 10-22.
223. Yavuz KF, Türkçapar MH, Demirel B, Karadere E. Üniversite öğrencileri ve çalışanları örnekleminde Leahy Duygusal Şema Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24:273-282.
224. Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behav Ther*, 2007; 38(3):284-302.
225. Leahy R. A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9: 177-190.
226. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press, 2004, 77-108.
227. Cribb G, Moulds ML, Carter S. Rumination and experiential avoidance in depression. *Behaviour Change* 2006; 23(3): 165–176.
228. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional approach to diagnosis and treatment. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1152–1168.
229. Dalgleish T, Yiend J, Schweizer S, Dunn BD. Ironical effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 2009; 9: 744–749.
230. Pennebake JW. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science* 1997; 8: 162–166.
231. Gortner EM, Rude SS, Pennebaker JW. Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapist* 2006; 37: 292–303.

- 232.Robert L. Leahy, A Model of Emotional Schemas. American Institute for Cognitive Therapy, New York, and Weill-Cornell University Medical College. 2002.
- 233.Duyan V, Duyan GÇ. Reliability and Validity Study of the Turkish Version of the Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS) among a Group of Married Couple. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 2014; 8(3): 82-89.
- 234.Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1993; 4(2): 83-88.
- 235.Turan A (2013). Evli bireylerin cinsel mit inançları, cinsel bilgi düzeyleri, ilişkilerindeki mutluluk düzeyleri ve cinsel doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul.
- 236.Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry 1978; 45:742-747.
- 237.Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, Işcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996; 4(4): 251-259.
- 238.Yazici MK, Demir B, Tanriverdi N. Hamilton Anksiyete Degerlendirme Olcegi; Degerlendiriciler Arası Guvenirlik ve Gecerlik Çalışması. Turk Psikiyatri Dergisi, 1998; 9: 114-17.
- 239.Klaassen M, Ter Kuile MM. Development and initial validation of the Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. J Sex Med 2009; 6:1617-1627.
- 240.Doğan S, Varol-Saraçoğlu G, Erbek E. Vajinismus ve dispareuni olan bir grup kadında Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeğinin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015; 16.
- 241.Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. Journal of anxiety disorders; 1997; 11(3): 279-296.
- 242.Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004; 42(4):385-96.

- 243.Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirlerle İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(1):67-80.
- 244.Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2009; 26:2, 151- 158.
245. Özkorumak Karagüzel E, Civil ARSLAN F, Tiryaki A., Osmanağaoğlu MA, Şimşek Kaygusuz E. Sociodemographic features, depression and anxiety in women with life-long vaginismus, Anadolu Psikiyatri Derg. 2016; 17(6): 489-495.
- 246.Hawton K, Catalan J. Sex therapy for vaginismus: characteristics of couples and treatment outcome. Sex Marital Ther 1990; 5:1, 39-48.
- 247.Shapiro S: Self-mutilation and self blame in incest victims. Am J Psychol 1987; XLI:46-53.
- 248.Borg C, Peters ML, Schultz WW, de Jong PJ. Vaginismus: Heightened harm avoidance and pain catastrophizing cognitions. J Sex Med 2012; 9:558-567.
- 249.Ibrahimipure H, Najjar AV, Jalambadani Z. The first experience of intercourse in married women of Sabzevar city: a phenomenological study. Health Med 2012; 6: 453-461.
- 250.Sungur M. The role of cultural factors in the course and treatment of sexual problems. In: Hall K, Graham C (editors), The Cultural Context of Sexual Pleasure and Problems: Psychotherapy with Diverse Clients. New York: Routledge, 2012, 308-329.
- 251.Yıldırım MH. Vajinismusun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Açısından Diğer Cinsel İşlev Bozuklukları ile Karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri 2017; 20:37-44.
- 252.Pukall CF, Payne KA, Kao A. Dyspareunia. In: Balon R, Segraves RT eds. Handbook of Sexual Dysfunction. New York: Taylor& Francis; 2005, 249-72.
- 253.Tuğrul C, Kabakçı E. C olgularında yordayıcı değişkenler. T Psikiyatri Derg 1996; 7:56-60.
- 254.Schultz WW, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wessel-Mann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. J Sex Med 2005; 2:301-16.

- 255.Reamy KJ, White SE. Dyspareunia in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1985; 4, 263–270.
- 256.Özdel K, Yılmaz A, Çeri Ö, Kumbasar H. Vajinismus Tedavisinde Tedavinin Tamamlanmasını Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; 23(4):248-54.
- 257.Kaplan HS. Sexual aversion, sexual phobias, and panic disorder. New York: Brunner/Mazel, 1987.
- 258.Miller G. Vaginismus as an adaptive anti-copulation defense. Paper presented at the Human Behavior and Evolution Society Conference, Austin, TX, 2005.
- 259.Ter Kuile MM, Reissing ED. Lifelong vaginismus. In I. Y. Binik & K. Hall (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.). New York: Guilford Press.
- 260.Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1(1):40-8.
- 261.Heiman JR. Female sexual response patterns: Interactions of physiological, affective, and contextual cues. *Archives of General Psychiatry*, 1980; 37, 1311–1316.
- 262.Heiman JR, Rowland DL. Affective and physiological sexual response patterns: The effects of instructions on sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Psychosomatic Research*, 1983; 27, 105–116.
- 263.Koukounas E, McCabe MP. Sexual and emotional variables influencing sexual response to erotica: A psychophysiological investigation. *Archives of Sexual Behavior*, 2001; 30, 393–408.
- 264.Meisler AW, Carey MP. Depressed affect and male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 1991; 20, 541–554.
- 265.Mitchell WB, DiBartolo PM, Brown TA, Barlow DH. Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. *Archives of Sexual Behavior*, 1998; 27, 197–207.
- 266.Nobre PJ, Wiegel M, Bach A, Weisberg R, Brown T, Wincze J, Barlow DH. Determinants of sexual arousal and the accuracy of its self-estimation in sexually functional males. *Journal of Sex Research*, 2004, 41, 363–371.

267. Rowland DL, Cooper SE, Heiman JR. A preliminary investigation of affective and cognitive response in men before and after treatment in a sex therapy program. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1995, 21, 3–20.
268. Beck JG, Barlow DH. The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding-II: Cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 1986; 24, 19–26.
269. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*. 2006; 35:491–499.
270. Nobre JP, Pinto-Gouveia J. Cognitions, Emotions, and Sexual Response: Analysis of the Relationship among Automatic Thoughts, Emotional Responses, and Sexual Arousal. *J Arch Sex Behav*. 2008; 37:652–661.
271. Brown AM, Whiteside SP. Relations among perceived parental rearing behaviours, attachment style and worry in anxious children. *Anxiety Disorders* 2009; 22: 263–272.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Gülşen TEKSİN ÜNAL

Doğum yeri ve tarihi: Kars / 21.03.1987

Uyruğu: Türk

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu:Ata Sokak, No:4, A Blok, Kat:2, Daire:4, İstanbul
Apartmanları, Göktürk/Eyüp /İstanbul/ 05069206664

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2005-2011

Gülten Ali Zıyan Anadolu Lisesi 2001-2005

Kadirli İlköğretim Okulu 1999-2001

7 Mart İlkokulu 1994-1999

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru): Asistan Hekim 2013-2018

IV- Mesleki Deneyimi:

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü araştırma
Görevlisi 2013-2014

Kadirli Toplum Sağlığı Merkezi 2011-2012

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türkiye Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınlar ve Poster Bildirileri

Evren, Cüneyt; Umut, Gökhan; Bozkurt, Muge; Teksin-Unal, Gulsen; Agachanli, Ruken; Evren, Bilge. Yatarak tedavi gören alkol kullanım bozukluğu hastalarında

Eriskin Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu Kendi Bildirim Ölçegi (ASRS-v1. 1) Türkçe formunun psikometrik özellikleri. Dusunen Adam, 2016.

Umut, Gokhan; Evren, Cuneyt; Unal, Gulsen Teksin. Could childhood trauma types predict the relapse in alcohol use disorder? Asian journal of psychiatry, 2017.

Evren, Cuneyt; Dalbudak, Ercan; Umut, Gokhan; Bozkurt, Muge; Evren, Bilge; Agachanli, Ruken; Teksin-Unal, Gulsen. Psychometric properties of the Turkish version of the National Stressful Events Survey for PTSD-Short Scale in a sample of inpatients with Alcohol Use Disorder. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 2016.

Fulya Maner, Gülşen Teksin, Huriye Ersen, Melike Özdemir. The Comorbidity of HIV Seropositivity and Bonzai induced Affective Disorder. Journal of Dependence, 2014.

G. Teksin Unal, O. Sahmelikoglu Onur, C. Karsidag, M.G. Teksin Bakir. Evaluation of self-esteem and childhood trauma in patients with sexual disorders. European Psychiatry, 2017-04-01, Volume 41, Pages S852-S853.

Şule Akıncı Aktaş, Ercan Dalbudak, Seçil Aldemir, Merve Topcu, Meryem Gül Teksin, Gülşen Teksin, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite semptomları ile çocukluk çağı travmaları, depresyon ve anksiyete semptomları arasındaki ilişki, Antalya, Kasım, 2014

Gülşen Teksin, Ayşe Fulya Maner, Huriye Ersen, Melike Özdemir, Mehmet Ali Aldan, Sentetik Kannabinoid Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu ve HIV (+) Eş Tanısı: Bir Olgu Sunumu, Antalya, Kasım 2014

Gülşen Teksin, Melike Özdemir, Ayşe Fulya Maner, Huriye Ersen, Özlem Çetinkaya, Mehmet Ali Aldan Akut Karaciğer Yetmezliği ve Deliryum ile Seyreden İki Sentetik Kannabinoid İntoksikasyonu Olgusu Antalya, Kasım 2014

Psikiyatrik Semptomlarla Başlayan Sneddon Sendromu Olgusu, Gülşen Teksin, Meryem Gül Teksin Bakır, Sema Ulukaya, Yavuz Altunkaynak, Serkan Özben Antalya, Mayıs 2015

Gülşen Teksin Ünal, Özge Şahmelikoğlu Onur, Çağatay Karşıdağ, Vareniklin Kullanımı Sonrasında Gelişen Manik Epizod, Antalya, Kasım 2015

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar

Ödüller

Projeleri

Verdiği konferans ya da seminerler

Katıldığı paneller (panelist olarak)

53. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ekim 2017, ‘Vajinismus Tanı ve Tedavisi’

53. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ekim 2017, ‘Psikoendokrinoloji’

9. Psikofarmakoloji Kongresi, Nisan 2017, Gebelikte Antipsikotik Kullanımı’

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

TPD Destekleyici Terapi Eğitimi

Prof. Dr. Hakan Türkçapar Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi

CETAD Cinsel Terapi Eğitimi

Kabul ve Kararlılık Terapisi

Prof. Dr. Doğan Şahin Dinamik Yönelimli Psikoterapi Eğitimi

Diğer üyelikleri:

İstanbul Tabip Odası

9. EKLER

EK 1 - Etik Kurul Onayı

4-572

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BRSHH

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı ve İç Girme Bozukluğu Olan Kadınlarda Duygusal Şemaların ve Üst Bilişlerin Sağlıklı Kontrollere Karşılaştırılması					
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	19.08.2016-35119					
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asistan. Dr. Gülşen TEKSİN					
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları					
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi					
	DESTEKLEYİCİ	-					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ						
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon						
	Yüksek Doz Araştırması						
	Diğer ise belirtiniz: Kesitsel nitelikte vaka- kontrol çalışması						
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐	ULUSAL	☐	ULUSLAR ARASI

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	*		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	*		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU	*		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	*		Türkçe X	İngilizce	Diğer

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-	
	DİĞER:	-	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 06.09.2016	Karar No: 572
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu		
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. M. Cem İLNEM		
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki	İmza
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E ☐ H ☐	
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E ☐ H ☐	
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E ☐ H ☒	

Ek 2 - Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

İsim- Soyisim:

Telefon numarası:

1.Yaşınız:....

2.Boyunuz (cm):..... Kilonuz (kg):..... (BMI:.....)

3.Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

4.Medeni durum:

1-Bekar

2-Boşanmış

3-Ayrı yaşıyor

4-Dul (eşi vefat etmiş)

5-Evli (süre?).....ay/yıl

6- Kaçınıcı evliliği:...

7- Evlendiği yaş :

8-Evlendiğinde eşinin yaşı :

9-Eşinin kaçınıcı evliliği :

5.Öğrenim durumu:

1- Öğrenim yok, okuma yazması var

2-Öğrenim yok, okuma yazması yok

3- İlkokul

4-Ortaokul

5-Lise

6-Üniversite ve üstü

6.Şu anda gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

1-Hayır 2-Evet/düzenli 3-Evet düzensiz/part time 4-Emekli 5-Öğrenci

7.Gelir düzeyi:..... (Eve giren para miktarı:..... / Evde yaşayan kişi sayısı:.....)

8.Gelir düzeyinizi nasıl nitelendirirsiniz?

1-İyi 2- Orta 3- Kötü

9.Sosyal güvenceniz var mı?

1-Var 2-Yok

10.Şu anda eşiniz gelir getirici bir işte çalışıyor mu?

1-Hayır 2-Evet/düzenli 3-Evet düzensiz/part time 4-Emekli 5-Öğrenci

11.Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?

1. Tek başına
2. Çekirdek aile (anne – baba – çocuk (varsa))
3. Geniş çekirdek aile (anne – baba- çocuk ve aile büyükleri ile aynı ev / apartmanda)
4. Geniş aile (anne- baba – çocuk – aile büyükleri – kardeşler ile aynı ev / aynı apartmanda)
5. Arkadaşı ile
6. Diğer.....

12.Yönlendirilme şekli :

- 1-Psikiyatrist tarafından
- 2-Psikiyatrist dışında doktor tarafından
- 3-Doğrudan kendisi randevu alarak
- 4-Ailenin yönlendirmesi
- 5-Psikolog tarafından

6- Arkadaş tarafından

13.Başvuru şekli :

1-Tek başına

2-Partneri ile

3-Aile /yakını ile

14.Yakınma sahibi :

☐ Çifte ait

☐ Kendisine ait

☐ Eşine ait

15.Başvuru yakınmanız nedir

☐ Cinsel İstek 1- Yok 2- Yeterli 3- Azalmış 4- Diğer

☐ Uyarılma/İsyanma 1- Yok 2- Yeterli 3- Azalmış 4- Diğer

☐ Cinsel uyarılma/ıslanma sorun

☐ Haz alamama

☐ Birleşememe

☐ Ağrılı cinsel ilişki

☐ Orgazm olamama

☐ Cinsel yönelim ile ilgili sorun

☐ Cinsel kimlik ile ilgili sorun

16.Cinsel sorundan kimseye bahsetmiş mi?

1. Hayır

2. Annesine

3. Babasına

4. Kardeşine/kardeşlerine

5. Akrabasına/ akrabalarına
6. Eşinin ailesinden birine
7. Arkadaşına/ arkadaşlarına
8. Komşularına
9. Doktora
10. Diğer.....

17.Önceki tedavi girişimleriniz nelerdir ?

1. Öncesinde herhangi bir tedavi girişmi yok
2. Cinsel terapi konusunda eğitilmiş bir psikiyatriste gitmiş
3. Cinsel terapi konusunda eğitilmiş bir psikoloğa gitmiş
4. Jinekoloğa gitmiş
5. Hemşire
6. Biyoenerji uzmanı
7. Eczacı
8. Haydar Dümen
9. Aile Hekimi

18.Daha önceki tedavi girişimlerinde uygulanan yöntemler nelerdir?

1. Lokal anesteziğin ile genital bölgeye uygulanması
2. Genel anestezi altında cinsel ilişki denemesi
3. Alkol/ ilaç vb alınması sonrası evde cinsel birleşme önerilmesi
4. Oturma banyoları uygulaması
5. Ayna ve parmak egzersizleri verilmesi
6. Hymenektomi
7. Konuşma terapisi

19.Önceki tedavi sonucu

1. İlk görüşme sonrası tedaviye başlamama
2. Cinsel birleşme var ama ağırlı cinsel ilişki şeklinde
3. Tedaviyi terk etme
4. Fayda göremediğini düşünme

20.Tedaviye gelme sebebi:

1. Problemin eşle ilişki sorunlarına neden olması
2. Çocuk sahibi olmayı isteme
3. Ailenin öğrenmesi ve ailesinin isteğiyle
4. Kendi motivasyonuyla
5. Sağlıklı cinsel yaşam isteği

21.Eşinizin bu soruna tutumu nasıl ?

1. Her zaman anlayışlı
2. Öfkeli tepkisel
3. Önceden anlayışlıydı son zamanlarda öfkeli/ tepkisel
4. Eşi aldatmış
5. Önceden tepkili şimdi anlayışlı

22.Evlilik şekli :

1. Anlaşarak
2. Görücü usulü ile isteyerek
3. Görücü usul ile zorla
4. Kaçarak

5. Kaçırılarak
6. Anlaşarak ve ailemin rızası olmadan
7. Diğer.....

23.Resmi nikah var mı ?

1. Evet
- 2- Hayır

24.Eşi ile akraba mı ?

1. Hayır
2. Evet
3. Akraba değil ama aileler birbirini yakından tanıyor

25.Çocuğunuz var mı? 1- Evet (sayı?)..... 2- Hayır

26.Çocuk varsa çocuğunuz olduktan sonra cinsle yaşamınızda değişiklik olmuş mu ?

1. Yok
2. Eskiye göre daha iyi
3. Eskiye göre daha kötü
4. Diğer...

27.Nerede büyüdünüz? 1-Şehir merkezi 2-İlçe 3-Kasaba 4-Köy

28.Şu anda nerede yaşıyorsunuz? 1-Şehir merkezi 2-İlçe 3-Kasaba 4-Köy

29.Alkol veya madde kullanıyor musunuz?

1. Hayır
2. Alkol kullanıyorum Süre: ay/yıl Sıklık:..... Miktar:.....
- 3- Madde kullanıyorum Süre: ay/yıl Sıklık:..... Miktar:.....

30.Daha önce hiç psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

1- Evet (evetse nedir ?) 1-depresyon 2- kaygı 2- Hayır

31.İntihar girişiminde bulundunuz mu?

1. Hayır
2. İlaç alarak
3. Kesici bir aletle
4. Yüksekten atlama
5. Kendini asmaya çalışma
6. Diğer belirtiniz.....

32.Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı ? 1- Evet/ Tanısı.....2- Hayır

33.Ailede intihar girişimi olan var mı ? 1- Evet/ Kim..... 2- Hayır

34.Kendinize zarar verici davranışta bulundunuz mu?

1. Hayır
2. Kollarınız yada vücudunuzun diğer yerlerini kesme yada çizme
3. Sigara yada diğer yollarla yakma
4. Saçlarınızı yolma
5. Başınızı , yumruğunuzu yada diğer beden parçalarınız şiddetle sert yerler vurma
6. Diğer

35.Bildiğiniz tıbbi bir hastalığınız var mı?

1. Evet (Tanı?) 1-Anal fistül 2-Astım 3-Glokom 4-Epilepsi 5- Koronoer arter Hastalığı 6-FMF 7- Tİroid Fonksiyon Boozuklukları 8-Hemoroid 9- Fibromyalji 10- Diabetes Mellitus
2. Hayır

36.Son iki hafta içinde düzenli kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı?

1. Var (ilaç ismi?) 1- Antidepresan 2- Antiepileptik 3- DKH 4- Zayıflama ilacı 5- Kalp ilacı 6- Kolşisin 7- Tiroid takviyesi 8- Antidiyabetik

2. Yok

37.Ebeveyn Kaybınız oldu mu ?

1. Var 2- Yok

a-Annenizi kaybettiğinizde kaç yaşındaydınız:.....

b-Babanınızı kaybettiğinizde kaç yaşındaydınız:.....

38.En son ne zaman jinekolojik/ürolojik muayene oldunuz?

1-.....önce

2-Hiç olmadım

39.Jinekolojik muayene masasına yatıp muayene olabildiniz mi ?

1. Evet 2- Hayır

40.İlk adet gördüğünüzde kaç yaşındaydınız?.....

41.İlk adet gördüğünüzde ne tepki verdiniz ?

1-Normal karşıladım

2-Korku

3-Şaşırma

4-Endişe

5-Üzülme /Ağlama

6-Sevinç

7-Utanç

8-Tiksinme

42.Düzenli adet görüyor musunuz?

1-Evet

2-Hayır 1-Hamilelik/2-Emzirme/3-Menopoz/diğer?

.....

43.İlk cinsel bilgilerinizi kaç yaşında edindiniz?

44.İlk cinsel bilgilerinizi nereden edindiniz?

1. Yok 2- Aile 3- Arkadaşlar 4- Medya 5- İnternet 6- Okul 7- Eş

45.İlk cinsel bilgileriniz neydi ?

1-Birleşme 2- Öpüşme 3- ‘Çok acır, çok kanar’ 4-Cinsel organlar/anatomi

46.Ailenizin Cinselliğe Karşı tutumu Nasıl?

1- Aile içi bilgilendirme yok, cinsel konular yasak, baskılama ve cezalandırma var

2- Cinsel konular açıkça konuşulabilir, yasak anlayışı yok, cinsel bilgi verilmiş

3- Cinsellik konuşulmayan konu, soru sorulmuyor, bilgilendirme yetersiz, kaçınma davranışı var.

47. İlk kez kaç yaşında masturbasyon yaptınız? 1-.....(yaş 2- Masturbasyon yok

48. Ne sıklıkla masturbasyon yapıyorsunuz?

1- hiç

2- ayda 1 kere

3- 2 haftada 1 kere

4- haftada 1 kere

5- haftada 2-3 kez

6- her gün

7- her gün birden fazla kere

8- diğer Yılda 1

49. Masturbasyon ile ilgili düşünceniz aşağıdakilerden hangisi?

1- Doğal 2- Gereksiz 3- Günah 4- Zararlı 5- Rahatlatıcı 6- İğrenç 7- Evli insanlar masturbasyon yapmaz 8- Fikrim yok 9- Ayıp 10- Tuhaf

50. Masturbasyon yapma yönteminiz nedir?

1. El ile

2. İç çamaşırı üzerindeki klitoris uyarısı ile

3. Yastık vb sürtünmesi ile

4. Vibratör yardımı ile

5. Diğer.....

51. Evlilik öncesi cinsel aktivite:

1. Cinsel yakınlaşma yok

2. Yalnızca el ele tutuşma / öpüşme

3. Giyinik / yarı çıplak sevişme

4. Tamamen çıplak sevişme (organ teması var / birleşme yok)

5. Cinsel birleşme

6. Diğer.....

52.Cinsel birleşme dışında ilk cinsel aktivite yaşıınız kaçtı?.....

53. İlk cinsel birleşme yaşıınız? 1-..... 2- cinsel birleşme yok

54.İlk cinsel birleşme partneriniz?

1. Eş
2. Paralı ilişki
3. Arkadaşı (Karşı cins)
4. Arkadaşı (Kendi cinsiinden)
5. Hayvan
6. Diğer.....

55.Evlilik öncesi cinsel istek sıklığınız?

1. Hiç yok
2. Ayda 1 kere
3. 2 haftada 1 kere
4. Haftada 1 kere
5. Haftada 2 kere
6. Haftada 3-4 kere
7. Günde bir kere
8. Günde birden fazla
9. Diğer...

56.Halen cinsel istek sıklığınız?

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| 1-hiç | 5-haftada 2-3 kez |
| 2-ayda bir kez | 6-her gün |
| 3- 2 haftada 1 kez | 7-her gün birden fazla kez |
| 4- haftada 1 kez | 8- diğer |

57.Evlilik öncesi cinsel birleşme sıklığınız? (Cinsel birleşme yoksa ilişki sıklığınız / birleşme yok diye belirtiniz)

1. Hiç yok
2. Ayda 1 kere
3. 2 haftada 1 kere
4. Haftada 1 kere
5. Haftada 2 kere

6. Haftada 3-4 kere
7. Günde bir kere
8. Günde birden fazla
9. Diğer...

58.Halen cinsel birleşme sıklığınız?(Cinsel birleşme yoksa ilişki sıklığınız ? birleşme yok diye belirtiniz)

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| 1-hiç | 5-haftada 2-3 kez |
| 2-ayda bir kez | 6-her gün |
| 3- 2 haftada 1 kez | 7-her gün birden fazla kez |
| 4- haftada 1 kez | 8- diğer |

59.Cinsel ilişkilerinizi ne sıklıkla siz başlatıyorsunuz?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| İlişkinin başında | 1-Hiç | 2-%25 | 3-%50 | 4-%75 | 5-%100 |
| 6- diğer..... | | | | | |
| Şimdi : | 1-Hiç | 2-%25 | 3-%50 | 4-%75 | 5-%100 |
| diğer?..... | | | | | 6- |

60.Cinsel ilişkilerinizde katılım düzeyiniz nedir?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| İlişkinin başında | 1-Hiç | 2-%25 | 3-%50 | 4-%75 | 5-%100 |
| 6- diğer?..... | | | | | |
| Şimdi : | 1-Hiç | 2-%25 | 3-%50 | 4-%75 | 5-%100 |
| diğer?..... | | | | | 6- |

61.Her cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla cinsel birleşme deniyorsunuz ?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| İlişkinin başında | 1-Hiç | 2-%25 | 3-%50 | 4-%75 | 5-%100 |
| 6- diğer?..... | | | | | |
| şimdi : | 1-Hiç | 2-%25 | 3-%50 | 4-%75 | 5-%100 |
| diğer?..... | | | | | 6- |

62.Sevişme sırasında nelerden hoşlandığınızı eşinize rahatlatılıkla söyleyebiliyor musunuz?

1. Evet 2- Hayır

63.Sevişme sırasında nelerden hoşlandığını eşinize sorabiliyor musunuz?

1. Evet 2- Hayır

64.İstemediğiniz halde eşiniz istediği için cinsellik yaşadığınız oluyor mu ?

1- Evet 2- Hayır

65.Cinsellik sırasında özellikle kaçındığınız bir durum var mı ?

1. Karanlık olmasını isterim
2. Meniye dokunamam
3. Çıplaklıktan rahatsız olurum
4. Penise dokunamam
5. Oral sexten rahatsız olurum
6. Vajinaya dokunamam
7. Aydınlık olmasını isterim
8. Isırılmaktan kaçırım
9. Belli pozisyonlar
10. Koku

66.Sevişme sırasında ıslanma oluyor mu ?

1. Evet 2- Hayır

67.Sevişme sırasında orgazm oluyor musunuz?

1. Evet 2- Hayır

68.Orgazm taklidi yapıyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

69.Sevişmede orgazm olma şekliniz nedir?

1. Oral seks ile
2. Eşinin penisine sürünerek
3. Eşinin eli yardımı ile
4. Eşin yanında masturbasyon
5. Meme okşanmasıyla

6. Birleşmeyle

70.Cinsel Birleşme denemelerinizde eşlik edenler nelerdir?(birde fazla işaretleme yapılabilir)

1. Kasılma
2. Korku
3. Endişe
4. Suçluluk/Pişmmanlık
5. Ağlama
6. İtme
7. Bacak kapatma
8. Panik hali
9. Bulantı
10. Nefes darlığı
11. Utanma
12. Sinirlenme

71.Cinselliğinizden memnun musunuz?

- 1-Evet 2-Hayır

72.Cinselliğinizde sevgi şefkat eksikliği olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1-Evet 2- Hayır

73.Evliliğinizden genel olarak memnun musunuz?

- 1-Evet 2- Hayır

74.Ayrılmayı düşündüğünüz oluyor mu?

- 1-Evet 2- Hayır

75.Partneriniz ile doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?

- 1-Hayır
- 2-Geri çekilme
- 3-Takvim yöntemi
- 4-Prezervatif
- 5-Spiral/RİA
- 6-Doğum kontrol hapı
- 7-Ertesi gün hapı
- 8- Tüp bağlatma

76.Evlilik dışı ilişkiniz var mı ?

1. Yok
2. Önceden olmuştu artık yok
3. Arasıra olur
4. Sürekli sevgilisi var
5. Diğer.....

77.Cinsellikle ilgili olumsuz yaşantı, anı var mı ?

1-Yok 2- Var 1- cinsel taciz 2- söylemek istemedi 3- erken anne/baba cinselliğine şahit olma

78.Çocukken şiddete maruz kaldınız mı?

1. Maruz kalmamış
2. Sık sık maruz kalmış
3. Seyrek maruz kalmış
4. Çok seyrek maruz kalmış

79.Çocukken şiddete maruz kaldığınız kişi kimdi ise kimdi?

1. Babası
2. Annesi
3. Ağabeyi/kız kardeşi
4. Akraba
5. Öğretmen
6. Diğer.....

80.Dini inancınız nedir?

1. Müslüman
2. Hristiyan
3. Musevi
4. İnanmıyor
5. Diğer.....

81.Dinin gereklerini yerine getiriyor musunuz?

1. Hiçbir zaman
2. Bazen
3. Her zaman
4. Diğer.....

82.Fobileriniz var mı ?

1. Hayvan (Varsa hangi hayvan.....)
2. Uçak
3. Kapalı alan
4. Yükseklik
5. Kan
6. İğne

83.Hymen (Kızlık zarı) durumu ?

1. Halen intakt
2. Hymenektomili
3. Kısmi giriş var ya da bilinmiyor
4. Bakire değil
5. Anestezi altında giriş olmuş

Tedavi süreci.....



EK 3 - Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Kadın Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyanılır 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 kaçınırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr 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?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Haftada 2 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?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
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 organınızda ıslaklık olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

EK 4 - Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME KILAVUZU¹

(Çeviren: Dr. T. Oral)

Bu görüşme kılavuzu Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği için yapılmıştır.

GÖRÜŞMECİ: Her madde için hazırlanmış ilk soru aynen yazıldığı gibi sorulmalıdır. Sıklıkla bu ilk soruyla her maddedeki semptomun sıklık ve ciddiyetinin derecelendirilmesi için güvenilir ve yeterli bilgi edinilebilir. Takip eden sorular semptomların daha fazla açığa çıkarılması ya da netleştirilmesi gerektiğinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Özgül sorular her maddeyi emin bir şekilde derecelendirmeye yetecek bilgi edinilene kadar sorulmalıdır. Bazı durumlarda gerekli bilgiyi elde edebilmek için kendi takip sorularınızı da ekleyebilirsiniz.

NOTLAR: Zaman dilimi. Görüşme soruları hastanın son bir hafta içindeki durumunu derecelendirmek gerektiğine işaret ediyorsa da, bazı araştırmacılar derecelendirmelerini son iki üç güne dayandırmak isteyebilirler. Böyle ise, sorulara "son bir kaç gün içinde" şeklinde başlanabilir.

Kilo kaybı maddesi. Bu maddenin hastanın şimdiki depresyona girmeden önceki bazal ağırlığına göre kilo kaybı olduğunda pozitif olarak değerlendirilmesi önerilir. Hasta kaybettiği kilolarını geri almaya başlamış olursa, madde pozitif olarak değerlendirilmemelidir. Bu, tekrar aldığı kilo ile birlikte hala bazal değerinin altında olsa bile, madde pozitif olarak derecelendirilmez.

"Genel" ya da "normal" şartların değerlendirilmesi. Görüşme sorularının birçoğu hastanın her zamanki ya da normal işlevlerine ilişkindir. Bazı vakalarda, örneğin; hastanın distimi veya mevsimsel duygulanım bozukluğu olduğunda, kendilerini en az bir kaç hafta boyunca iyi hissettikleri (depresif ya da yükselmiş değil) son zaman referans noktası olmalıdır.

¹ Bu metin aşağıda belirtilen ölçeğin Dr. T. Oral tarafından yapılmış çevirisidir
Williams-JB A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale Arch-Gen-Psychiatry. 1988 Aug; 45(8): 742-7

GENEL GÖRÜNÜM: Size geçen hafta hakkında bazı sorular sormak istiyorum. Geçen (gün/hafta)'dan beri kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

EĞER HASTA HASTANEDE YATMIYOR İSE: Çalışıyor musunuz?
YANIT HAYIR İSE: Neden hayır?

Geçen hafta boyunca duygusal açıdan durumunuz nasıldı? - Kendinizi sıkıntılı ve depresyonda hissettiniz mi? - Üzgün? Ümitsiz? - Geçen hafta içinde kendinizi ne kadar sıklıkta her zamanki gibi hissettiniz? Her gün? Bütün gün? - Hiç ağladığınız oluyor mu?	1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ (Üzüntü, ümitsizlik, çaresizlik, kendini değersiz hissetme): - Yok. - Sadece sorulduğunda belirtiliyor. - Kendiliğinden sözel olarak ifade ediliyor. - Davranışlarla ifade ediliyor. Örneğin; yüz ifadesi, duruş, ses, ağlama eğilimi. - HER HALİYLE; kendiliğinden, söz ve davranışlardan anlaşılıyor.
--	---

1 - 4 ARASINDA PUANLANMIŞ İSE, SORUN: Ne zamandan beri duygularınız böyle?

Geçen hafta süresince zamanınızı nasıl geçirdiniz (İşte olmadığınız zamanlar)? - Hayatınızda normal olarak yaptığınız şeyleri yapmaya ilgi duyuyor musunuz, yoksa bunları yapmak için kendinizi zorladığınızı hissediyor musunuz? - Daha önce yapmakta olduğunuz herhangi bir şeyi yapmayı bıraktınız mı? EVET İSE: Neden? - Yapmayı istediğiniz ya da beklediğiniz bir şey var mı? TAKİP SIRASINDA: İlginiz normale döndü mü?	2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER - Zorluk yok. - Yetersizlik duygu ve düşünceleri, yorgunluk ya da iş ve zevklere bağlı olarak etkinliklerde güçsüzlük. - Etkinlik, zevkler ya da işe karşı ilgi kaybı - hastanın doğrudan söylemesi ya da dolaylı olarak düzensizlik, kararsızlık ve kendini iş veya etkinliklere zorlama duygusu ile ifade edilmesi. - Etkinliklere harcanan zamanda belirgin azalma ve üreticiliğin düşmesi. Hastanın hastanede bölümde yapılması gereken günlük işler dışında hastane görevi ya da zevkler için günde üç saatten az zaman ayırması. - Şimdiki hastalığı nedeniyle çalışmayı durdurması. Hastanede bölümde yapılması gereken işler dışında hiçbir etkinlikte bulunmaması ya da yardım edilmeksizin bölüm işlerini yapmakta başarısız olması.
--	---

Sekse karşı olan ilginiz geçen hafta içinde nasıldı? (Başarınızı sormuyorum, sekse karşı olan ilginizi soruyorum. Seksi ne kadar düşünürsünüz?) - Depresyona girmeden önceki durumunuzdan beri sekse karşı olan ilginizde herhangi bir değişim oldu mu? - Seks üzerinde fazla düşündüğünüz bir şey mi? HAYIR İSE: Bu sizin alışmadığınız bir durum mu?	3. GENİTAL SEMPTOMLAR (libido kaybı, menstrual bozukluklar gibi) - Yok - Hafif - Şiddetli
--	---

İştahınız Geçen hafta içinde nasıldı? • (Her zamanki iştahınız ile karşılaştırıldığında nasıl?) • Yemek yemek için kendinizi zorlamak durumunda kaldınız mı? • Başka kimseler sizi yemeye zorlamak durumunda kaldılar mı?	4. SOMATİK SEMPTOMLAR – GASTROİNTESTİNAL 1. Hiç biri yok. 2. İştah kaybıyla birlikte başkalarının ısrarı olmaksızın yeme. 3. Zorlanmadan yemek yemede güçlük.
Bu depresyon başladığından beri hiç kilo kaybettiniz mi? • EVET İSE: Ne kadar? • EMİN DEĞİLSE : Elbiselerinizin üzerinizde daha bol durduğunu hiç düşündünüz mü? • TAKİP SIRASINDA : Kaybettiğiniz kilolardan hiç geri aldığınız oldu mu?	5. KİLO KAYBI (A ya da B'yi derecelendirin) A - Özgeçmişini değerlendirirken: 1. Kilo kaybı yok 2. Şimdiki rahatsızlık ile ilgili olası kilo kaybı 3. Kesin kilo kaybı (hastaya göre) 4. Ölçülmedi B - Gerçek kilo değişimi bölüm çalışanları tarafından haftalık olarak değerlendirildiğinde: 1. Haftada 500 gramdan az kilo kaybı 2. Haftada 500 gramdan çok kilo kaybı 3. Haftada 1 kg.'dan çok kilo kaybı 4. Ölçülmedi
Geçen haftadan beri uykunuz nasıl? • Geçenin başlangıcında uykuya dalmakta güçlük çektiğiniz oldu mu? (Yatağa girdikten hemen sonra uykuya dalmanız ne kadar zamanınızı alıyor?) • Bu hafta içinde kaç gece uykuya dalmakta güçlük çektiniz?	6. UYKUSUZLUK (Başlangıç) 1. Uykuya dalmakta güçlük çekmez 2. Sıklıkla uykuya dalma güçlüğü yakınmaları - yani ½ saatten fazla 3. Her gece uykuya dalma güçlüğü yakınmaları
Geçen hafta süresince, Geçenin ortasında uyandığınız oldu mu? EVET İSE : • Yataktan kalkar mısınız? Kalkarsanız ne yaparsınız? (Sadece tualete mi gidersiniz?) • Yatağa geri döndüğünüzde hemen uykuya dalabiliyor musunuz? • Bazı geceler uykunuzun huzursuz ve rahatsız olduğunu hissediyor musunuz?	7. UYKUSUZLUK (Orta) 1. Zorluk yok 2. Gece süresince huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınmalar 3. Gece boyunca uyanma (tuvalet haricinde yataktan kalkma)
Geçtiğimiz hafta içinde sabah uyandığınız son saat nedir? • EĞER ERKEN İSE: Bu bir çalar saat ile mi oldu yoksa kendiniz mi uyandınız? Depresyondan önce genellikle uyanış saatiniz neydi?	8. UYKUSUZLUK (Geç) 1. Zorluk yok 2. Sabahın erken saatlerinde uyanır fakat uykuya tekrar dönebilir 3. Yataktan kalkarsa tekrar uykuya dalmakta başarılı olamaz

Geçtiğimiz hafta içinde enerjiniz nasıldı? - Kendinizi sürekli yorgun hissettiğiniz oldu mu? - Bu hafta içinde hiç sırt ağrısı, baş ağrısı ya da kas ağrısı çektiniz mi? - Bu hafta kaslarınızda, başınızda ya da sırtınızda bir ağırlık hissettiniz mi?	9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL) - Hiç biri yok - Kaslarda, basta ya da sırtta ağırlık. Baş, sırt ve kas ağrıları. Enerji kaybı - Herhangi kesin bir belirti
Geçen hafta içinde kendinizi özellikle eleştirdiğiniz oldu mu, bazı şeyleri yanlış yaptığınızı veya başkalarını üzdüğünüzü hissettiniz mi? EVET İSE: - Düşünceleriniz nelerdi? - Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey hakkında suçluluk duygusuna kapıldığınız oldu mu? - Bu depresyona herhangi bir şekilde kendi kendinize sebep olduğunuzu düşündünüz mü? - Hasta olmakla cezalandırıldığınızı hissediyor musunuz?	10. SUÇLULUK DUYGULARI - Yok. - Kendini suçlama, başka insanları üzdüğü düşüncesi. - Geçmişteki hatalar ya da günahlar üzerinde sürekli düşünme veya suçluluk duyguları. - Hastalığın bir ceza olduğu düşüncesi. Suçluluk hezeyanları. - Suçlayıcı veya yerici sesler işitme ve/veya görsel varsanılar.
Geçen hafta "hayat yaşamaya değmez" ya da "ölsem de kurtulsam" diye düşündüğünüz oldu mu? Kendinize zarar vermeyi ya da yaşamınızı sonlandırmayı düşündünüz mü? EVET İSE: Ne hakkında düşündünüz? Kendinize gerçekten zarar verecek bir şey yaptınız mı?	11. İNTİHAR - Yok. - Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünmesi. - Olmuş olmayı istemesi ya da kendisi için olası bir olumu düşünmesi. - Suicidal düşünce ve davranışlar. - İntihar girişimi
Geçen hafta içinde kendinizi özellikle gergin ve huzursuz hissettiniz mi? Küçük, önemsiz şeyler; sıradan bir zamanda üzülmeyeceğiniz şeyler hakkında çok üzüldüğünüz oldu mu? EVET İSE: Örneğin nasıl?	12. PSİŞİK KAYGI - Güçlük çekmez - Nedensiz gerginlik ve aşırı sinirlilik - Çok küçük şeylere üzülmeye - Konuşmada veya yüzde belirgin endişeli tutum - Sorulmadan korkularını açıklama
Geçen hafta içinde sizde az sonra söyleyeceğim fiziksel şikayetlerden biri oldu mu? - LİSTEYİ OKUYUN: CEVAP İÇİN HER BİRİNDEN SONRA 6 SANİYE ARA VERİNİZ. - Bu belirtilerden sizi geçen hafta rahatsız etmiş olanın şiddeti neydi? (Ne kadar sürdüler ve hangi sıklıkta duyduunuz?) - NOT: BU BELİRTİLER AÇIKÇA BİR İLACIN YAN ETKİSİ İSE MADDEYİ DERECELENDİRMEYİN. (ÖRNEĞİN; AĞIZ KURULUĞU VE İMIPRAMİN)	13. SOMATİK KAYGI (Kaygının fizyolojik belirtileri) GI - Ağız kuruluğu, gaz, hazımsızlık, ishal, kramplar, geğirme, CV - Kalp çarpıntısı, baş ağrısı, Solunum - Hiperventilasyon, iç çekme, Sık sık tualete gitme, Terleme): - Yok - Hafif - Orta - Şiddetli - Hareketleri engelleyici derecede

Geçen hafta içinde düşüncelerinizi vücudunuzun çalışması ve fiziksel sağlığınız üzerine ne kadar yoğunlaştırdınız? • (Normal düşünüşünüzle karşılaştırıldığında) • Çok fazla fiziksel şikayetiniz olur mu? • Aslında kendi kendinize yapabileceğiniz bir şey için yardım istediğinizi fark ettiniz mi? EVET İSE: Ne gibi örneğin? Bu ne kadar sıklıkta oldu?	14. HİPOKONDRI 1. Mevcut değil 2. Bedenine yönelme 3. Sağlıkla ilgili olarak çok düşünme 4. Sık şikayetler, yardım isteme vs. 5. Hipokondrik sanrılar
GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	15. İÇGÖRÜ 1. Depresyonda ve hasta olduğunu ya da şu anda depresyonda olmadığını kabul ediyor. 2. Hastalığı kabullenmekle birlikte nedenlerini kötü yemeklere, iklime, çok çalışmaya, virüse, dinlenmeye olan gereksinime vs. ye atfediyor. 3. Hasta olduğunu kesinlikle inkar ediyor.
GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	16. YAVAŞLAMA (Düşünce ve konuşmanın yavaşlaması; konsantre olma yeteneğinde bozulma; motor aktivitenin azalması): 1. Normal düşünme ve konuşma 2. Görüşmede hafif yavaşlama 3. Görüşmede açıkça yavaşlama 4. Görüşmenin zorlukla yapılması 5. Tam stupor
GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	17. AJİTASYON 1. Yok 2. Yerinde duramama 3. El, saç vb. şeylerle oynama 4. Yerinde duramayacak kadar hareketlilik 5. Elleri ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak ısırma.
TOPLAM 17 MADDE HAMILTON DEPRESYON SKORU:	

Geçen hafta,günün belirli herhangi bir zamanında -sabah ya da akşam- kendinizi daha iyi ya da daha kötü hissettiğiniz oldu mu? • EĞER DEĞİŞİKLİK VARSA: Kendinizi ne kadar "daha kötü" hissediyorsunuz? • (SABAH YA DA AKŞAM)? • EĞER EMİN DEĞİLSE: Bir parça mı kötü, yoksa çok daha mı kötü?	18. GÜN İÇİ DEĞİŞİM A. Belirtiler sabah ya da akşam daha kötü olduğunda not edin. Gün içi değişim yoksa hiç birini işaretlemeyin. 1. Değişim yok ya da şu anda depresyonda değil 2. Sabahları daha kötü 3. Akşamları daha kötü B. Mevcut bulunduğu anda, değişimin şiddetini işaretleyiniz. 1. Yok 2. Hafif 3. Şiddetli
Geçen hafta içinde birden her şeyin gerçek olmadığı, bir rüya içinde olduğunuz ve diğer insanlardan tuhaf bir şekilde farklı olduğunuz duygusuna kapıldınız mı? Boşlukta olma duygunuz oldu mu? EVET İSE: Ne kadar kötüydü? Bu hafta ne sıklıkta oldu?	19. DEPERSONALİZASYON VE DEREALİZASYON (Gerçek olmayan duygular ve nihilistik düşünceler): 1. Yok 2. Hafif 3. Orta 4. Şiddetli 5. Engelleyici biçimde
Geçen hafta birinin size zor anlar yaşatmaya ya da zarar vermeye çalıştığını hissettiniz mi? • HAYIR İSE: Hiç arkanızdan konuşulduğu izlenimine kapıldınız mı? • EVET İSE: Bana bundan söz eder misiniz?	20. PARANOİD BELİRTİLER 1. Hiç biri 2. Şüpheli 3. Referans fikirler 4. Kötülük görme ya da referans hezeyanları
Geçen hafta tekrar tekrar yapmak zorunda kaldığınız bazı şeyler oldu mu, kapının kilidini defalarca kontrol etmek gibi? EVET İSE: Bir örnek verebilir misiniz? • Size hiç anlam ifade etmeyen ama zihninizden atamadığınız düşünceleriniz var mı? EVET İSE: Bir örnek verebilir misiniz?	21. OBSESSİF KOMPULSİF BELİRTİLER 1. Yok 2. Hafif 3. Şiddetli
TOPLAM 21 MADDE HAMILTON DEPRESYON SKORU	

EK 5 - Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Genel noktalar:

Testteki şıkların varlığı ve şiddeti, görüşme anında, görüşmecinin kanaatlerine dayanır. 14 şıkkın çoğu semptomdur, dolayısıyla da son günlerdeki durum araştırılmalıdır (en az 3 gün).

Görüşme 30 dakikayı geçmemelidir. Görüşme tekniği klasik teknikten farklı değildir. Hasta kendini baskı altında hissetmemelidir. Durumunu olabildiğince kendi sözleri ile anlatması istenmelidir. Hastanın kendiliğinden söylenmiş sözleri de gözlemin önemli bir kısmını teşkil ettiğinden, kesilmemeli, dinlenmelidir.

Semptomların gün içindeki değişimi göz önüne alınarak, görüşme her zaman belli bir saatte yapılmalıdır (örneğin 08:00-09:00 arası).

Ölçek yarı-niceliksel (semi-quantative). Tanısal bir araç olarak değil, klinik durumun şiddetini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Aynı hastada belli aralıklarla tekrar uygulanması durumunda, daha önceki değerlendirmeler dikkate alınmamalıdır. Görüşmecinin önünde ve elinde daha önceki değerlendirmeler asla bulunmamalıdır. Hastaya, daha önceki görüşmeden bu yana ne değiştiği değil, son haftada neler olduğu sorulmalıdır.

Her şıkta, her ölçek düzeyi daha alt düzeyleri de kapsar (örneğin düzey 3, her zaman düzey 2 ve 1'i de kapsar)

Eğer bir şık yoksa, skor 0'dır.

Ölçek düzeyleri şu şekilde tespit edilir:

1. Anksiyeteli Mizaç

Bu şık, gelecek konusunda belirsizlik duygusunu kapsar. Endişeden, güvensizlik, irritabilite, beklenti hissi ve dehşet duygusuna kadar uzanan bir genişliği vardır.

0: Hasta her zamankine göre daha az / daha çok güvensiz veya huzursuz değildir.

1: Hastanın her zamankinden daha güvensiz veya huzursuz olduğu kuşkuludur.

2: Hasta daha açık olarak, kontrolde zorlandığı bir anksiyete, beklenti veya irritabilite

durumunda olduğunu söyler. Ancak durum hastanın güncel yaşamını etkileyecek boyutta değildir.

3: Anksiyete veya güvensizlik zaman zaman daha şiddetlidir ; endişeler gelecekte olabilecek büyük yaralanmalar ve zararlar üstünde yoğunlaşmaktadır. Örneğin panik atakları, ağır dehşet duygusu olmaktadır. Zaman zaman hastanın yaşamını etkilemektedir.

4: Dehşet duygusu, hastanın yaşamını belirgin derecede etkileyecek boyutlardadır.

2. Gerilim

Bu şık, gevşeyememe, sinirlilik, bedensel gerilimler, titreme ve huzursuz yorgunluk durumlarını kapsar.

0: Hasta her zamankine göre daha az veya çok gerilimli değildir.

1: Hasta her zamankinden daha sinirli ve gergin olduğunu belirtmektedir.

2: Hasta gevşeyemediğini, iç huzursuzluk ile dolu olduğunu ve bunu kontrolde zorlandığını açıkça belirtir. Ancak bu durum gündelik yaşamını çok etkilemez.

3: İç huzursuzluğu ve sinirlilik hastanın günlük çalışmasını zaman zaman etkileyecek derecede veya sıklıktaadır.

4: Gerilimler ve huzursuzluklar hastanın yaşamı ve işine her zaman etki etmektedir.

3. Korkular

Hastanın kendisini belirli durumlarda bulduğu zaman ortaya çıkan bir anksiyete çeşidi.

Örneğin açık veya kapalı alanlar , kuyruğa girmek, otobüse veya trene binmek. Hasta bu durumlardan kaçınma ile rahatlar. Önemli olan, bu değerlendirme anında, her zamankine göre, bu aralarda daha fazla fobik anksiyete olup olmadığını saptamaktır.

0: Yok

1: Varsa da şüpheli

2: Hastada fobik anksiyete vardır, ama onunla mücadele edebilmektedir.

3: Hastanın fobik anksiyetesi ile mücadele etmesi ve onu yenmesi zorlaşmıştır.

Dolayısıyla da hastanın gündelik yaşamına ve işine etkili olmaya başlamıştır (belli bir derecede).

4: Fobik anksiyete hastanın gündelik yaşamını ve işini açıkça etkilemektedir .

4. Uykusuzluk

Bu şık hastanın, uyku süresi (24 saatteki uyku saati), uyku derinliği (yüzeysel ve bölünmüş uyku / derin ve sürekli uyku) konusundaki öznel deneyimlerini kapsar. Puanlama son üç gece üzerinden yapılır. Hipnotik ve sedatif kullanımı göz önüne alınmamalıdır.

0: Her zamanki uyku süresi ve derinliği

1: Uyku süresi şüpheli bir şekilde veya hafifçe azalmıştır (örneğin uykuya dalmada zorluklara ikincil), ama uyku derinliğinde değişiklik yok.

2: Uyku derinliğinde de azalma vardır, uyku daha yüzeyseldir. Uyku bütün olarak bozulmuştur.

3: Uyku derinliği kadar uyku süresi de değişmiştir. Bölünmüş uyku süreleri toplamı 24 saatte birkaç saati geçmez.

4: Burada uyku süresini saptamak zordur, zira uyku o derecede yüzeyseldir ki, hasta kısa uyuklama, kestirme dönemlerinden söz eder.

5. Entellektüel (kognitif)

Bu şık yoğunlaşma, güncel olaylar hakkında karar verme ve hafıza güçlüklerini kapsar.

0: Hastanın her zamankinden fazla / az hafıza ve / veya yoğunlaşma güçlüğü yoktur.

1: Hastanın yoğunlaşma ve / veya hafıza güçlükleri olduğu kuşkuludur.

2: Hastanın günlük rutin çalışmasına yoğunlaşması büyük bir çaba ile bile zordur.

3: Yoğunlaşma, hafıza ve karar vermede daha belirgin güçlükler, örneğin bir makaleyi okumada veya bir TV programını sonuna kadar izlemede zorlanma. Yoğunlaşmada azalma veya hafıza zaafı görüşmeyi açıkça etkilememişse, 3 puan verin.

4: Hasta görüşme anında yoğunlaşma ve/veya hafıza ve/veya karar vermede güçlükleri olduğunu göstermişse.

6. Depresif mizaç

Bu şık hüznün, ümitsizlik, depresyon ve çaresizliğin verbal ve nonverbal iletilmesini sağlar.

0: Doğal mizaç

1: Hastanın her zamankinden daha ümitsiz veya hüznü olup olmadığı kuşkuludur , örneğin hasta her zamankinden daha depresif olduğunu muğlak bir şekilde ifade etmektedir.

2: Hasta can sıkıcı deneyimlerle daha açık bir şekilde uğraşmaktadır, ama hala ümitsiz veya çaresiz değildir.

3: Hasta depresyon ve / veya ümitsizliğin açık nonverbal belirtilerini göstermektedir

4: Hastanın ümitsizlik veya çaresizlik konularındaki atıfları veya aynı konudaki nonverbal işaretleri görüşmeyi kaplamakta ve hastanın dikkati bunlardan uzaklaştıramamaktadır .

7. Somatik (muskuler)

Bu şık güçsüzlük, sertlik, gerçek ağrıya kadar varan sızıları kapsar. Bu duyular yaygın

olarak az çok kas sistemine lokalizedir, örneğin çene ağrısı veya boyun ağrısı.

0: Hasta her zamankine göre kaslarında daha az / çok sızı veya sertlik hissetmez.

1: Hasta, kaslarında her zamankine göre daha fazla sızı veya sertlik hissetmektedir.

2: Semptomlar ağrı niteliği kazanmıştır.

3: Kas ağrısı belli bir dereceye kadar hastanın günlük işini ve yaşamını etkilemektedir.

4: Kas ağrıları çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açık olarak etkilemektedir.

8. Somatik (duygusal)

Bu şık artmış yorulabilirlik ve güçsüzlüğü kapsar; duyuların gerçek fonksiyonel bozukluklarına kadar uzanır. Tinnitus, görme bulanıklığı, sıcak / soğuk basmaları ve karıncalanmalar buna dahildir.

0: Yok.

- 1:** Hastanın söz ettiği basınç veya karıncalanma semptomlarının (örneğin kulaklarda, gözlerde veya ciltte) her zamankinden daha fazla olduğu kuşkuludur.
- 2:** Kulaklardaki basınç hissi çınlamaya, gözlerdeki görme bozukluklarına, ciltteki ise karıncalanma ve batmalara dönüşmüştür.
- 3:** Genelleşmiş semptomlar hastanın günlük yaşamını ve işini bir dereceye kadar etkilemektedir .
- 4:** Genelleşmiş duyuşal semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkilemektedir.

9. Kardiovasküler semptomlar

Bu şık, taşikardi, çarpıntılar, basınç hissi, göğüs ağrısı, damarlarda zonklama hissi ve bayılma hislerini kapsar.

- 0:** Yok.
- 1:** Varsa da kuşku
- 2:** Kardiyovasküler semptomlar mevcut, ama hasta semptomları hala kontrol edebilmektedir.
- 3:** Hasta kardiyovasküler semptomları kontrol etmede zorlanmakta, dolayısıyla bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir .
- 4:** Kardiyovasküler semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkilemektedir .

10. Solunum semptomları

Bu şık, boyun ve göğüste sıkışma veya kasılma, boğulma hissi ve iç çekerek solunmaya kadar varan dispne duygularını kapsar.

- 0:** Yok.
- 1:** Varsa da kuşku
- 2:** Solunum semptomları var, ama hasta halen semptomları kontrol edebilmektedir.
- 3:** Hasta solunum semptomlarını kontrol etmede zaman zaman güçlük çekmekte, dolayısı ile bu semptomlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir .
- 4:** Solunum semptomları çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini

açıkça etkilemektedir .

11. Gastrointestinal semptomlar

Bu şık yutkunma zorlukları, midede fenalık hissi, dispepsi, mide yanması, yemeklerle

ilgili abdominal ağrılar, doluluk, bulantı, kusma, mide gurultusu ve diareyi kapsar.

0: Yok.

1: Varsa da kuşkulu (ya da hastanın her zamanki gastrointestinal duyularından farklı olduğu kuşkulu).

2: Yukarıda söz edilen abdominal semptomlardan bir veya bir kaç var, ama hasta halen semptomları kontrol edebiliyor.

3: Hasta gastrointestinal semptomları kontrolde zaman zaman zorlanmakta, dolayısıyla semptomlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir , örneğin barsak kontrolünü kaybetme eğilimi.

4: Gastrointestinal semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkiler , örneğin barsak kontrolünü kaybetme.

12. Genitoüriner semptomlar

Bu şık, idrarın daha sık ve sıkıştırarak yapılması, menstrüel düzensizlikler, anorgazmi,

disparöni, prematür ejakülasyon, ereksiyon kaybı gibi nonorganik ve psişik semptomları kapsar.

0: Yok.

1: Varsa da kuşkulu (ya da hastanın her zamanki genitoüriner semptomlardan farklı olduğu kuşkulu).

2: Yukarıda söz edilen genitoüriner semptomlardan bir veya daha fazlası var ama hastanın günlük yaşamı ve işini etkilememektedir .

3: Hastada yukarıda söz edilen genitoüriner semptomlardan bir veya daha fazlası vardır ve bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkiler , örneğin idrarını tutamama eğilimi.

4: Genitoüriner semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini

açıkça etkiler , örneğin idrarını tutamama.

13. Otonomik semptomlar

Bu şık ağız kuruluğu, kızarma, solma, terleme ve sersemliği kapsar.

0: Yok.

1: Varsa da kuşkulu

2: Yukarıda söz edilen otonom semptomlardan bir veya daha fazlası var, ama hastanın günlük yaşamı ve işini etkilememektedir. .

3: Hastada yukarıda anlatılan otonom semptomlardan bir veya daha fazlası vardır ve bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir.

4: Otonom semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkiler.

14. Görüşme sırasındaki davranış

Bu şık görüşme anındaki davranışa temellenir. Hasta nasıl görünmüştür: Gergin, sinirli, ajite, huzursuz, titrek, sık sık soluyan veya terleyen bir görünümde miydi?

Bu tarz gözlemlere dayanarak global bir değerlendirme yapılır:

0: Hasta anksiyeteli görünmemekte.

1: Hastanın anksiyeteli olduğu kuşkuludur.

2: Hasta orta derecede anksiyetelidir.

3: Hasta açıkça anksiyetelidir.

4: Hasta anksiyeteye kaplıdır, örneğin bütün bedeni titremektedir.

Derecelendirme:

0-5 : Anksiyete yok

6-14 : Minör anksiyete

>15 : Majör anksiyete

EK 6 – Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği

Vajinal penetrasyon penisin, sizin veya partnerinizin parmağının, tampon ve/veya herhangi bir nesnenin vajina içine girmesidir. Aşağıdaki sorular vajinal penetrasyonla ilişkili düşüncelerinizi araştırarak. Lütfen size uygun olan yanıtı işaretleyin veya daire içine alın.

1. Penetrasyon için vajinam çok dar diye korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6

2. Penetrasyon süresince kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6

3. Penetrasyon olunca iyi hissedeceğim.

0 1 2 3 4 5 6

4. Penetrasyon eşimle yakınlaştığım bir andır.

0 1 2 3 4 5 6

5. Penetrasyon sırasında ağrıyı azaltacak hiçbir şey yapamamak beni korkutuyor.

0 1 2 3 4 5 6

6. Penetrasyon sırasında panik olacağımdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6

7. Penetrasyonun gelecekte giderek daha zor olmasından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6

8. Sadece penetrasyon başarılı olursa tam bir kadın olurum.

0 1 2 3 4 5 6

9. Penetrasyon sırasındaki ağrının gelecekte daha da artmasından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6

10. Penetrasyon gerçekleşmediğinde kendimi zavallı hissediyorum.

0 1 2 3 4 5 6

11. Penetrasyon kesinlikle başarılı olmayacak.
0 1 2 3 4 5 6
12. Penetrasyonla cinsel olarak zevk verecek/uyarılacağım.
0 1 2 3 4 5 6
13. Eşimin penisi vajinam için çok büyük.
0 1 2 3 4 5 6
14. Penetrasyon gerçekleşirse zevk alacağım.
0 1 2 3 4 5 6
15. Penetrasyonu başaramayan dünyadaki tek kişiyim.
0 1 2 3 4 5 6
16. Penetrasyon sırasında kasılıp kalmaktan korkuyorum.
0 1 2 3 4 5 6
17. Penetrasyon mümkün olmadığında suçluluk duyuyorum.
0 1 2 3 4 5 6
18. Penetrasyon orgazm ile sonuçlanacak.
0 1 2 3 4 5 6
19. Penetrasyon başarılı olmadığında eşimin beni terk edeceğinden/bir daha asla bir eş bulamayacağımdan korkuyorum.
0 1 2 3 4 5 6
20. Penetrasyon sırasında olacaklar üzerinde etkim olamayacağından korkuyorum.
0 1 2 3 4 5 6
21. Penetrasyon sırasında vücudumda ne olduğunu bilmemekten dolayı korku duyuyorum.
0 1 2 3 4 5 6
22. Penetrasyon gerçekleşmese bile, ben hala iyi bir eşim.

0 1 2 3 4 5 6

EK 7 – Leahy Duygusal Şema Ölçeği

Bu ankette duygularınızla, örneğin öfke, üzüntü, endişe veya cinsel duygularınızla, nasıl başa çıktığınız incelenmektedir. Hepimizin bu duygularla başa çıkma şekli farklıdır ve bu nedenle doğru veya yanlış yanıt yoktur. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyun ve aşağıdaki ölçeği kullanarak geçen ay içinde duygularınızla nasıl başa çıktığınızı belirtecek şekilde puanlayınız. Cevabınızı cümlelerin başında bulunan çizgiye yazınız.

- 1 = benim için hiç geçerli değil
- 2 = benim için pek geçerli değil
- 3 = benim için geçerli değil gibi
- 4 = benim için geçerli gibi
- 5 = benim için biraz geçerli
- 6 = benim için çok geçerli

1. — Kendimi keyifsiz hissettiğim zaman, olaylara nasıl farklı bir şekilde bakabileceğimi düşünmeye çalışırım.
2. — Beni rahatsız eden bir duygum olduğunda, bunun önemli olmadığına dair sebepler düşünmeye çalışırım.
3. — Sıklıkla diğer insanlarda bulunmayan duygularla hareket ettiğimi düşünüyorum.
4. — Bazı duyguları hissetmek yanlıştır.
5. — Kendim hakkında bir türlü anlayamadığım şeyler var.
6. — Duygularımı dışa vurmak için ağlamama izin vermemin önemli olduğunu düşünüyorum.
7. — Kendimi bırakıp bu duygulardan bazılarını hissedersen kontrolü kaybetmekten korkuyorum.
8. — Başkaları duygularımı anlıyor ve kabulleniyor.
9. — Cinsellik ve şiddet ile alakalı duygular gibi belirli bazı duyguları hissetmeye izin vermemeniz gerekir.
10. — Duygularımı anlayamıyorum.
11. — Diğer insanlar değişseydi, kendimi çok daha iyi hissederdim.
12. — Hissettiğim ama tam farkında olmadığım duygular olduğunu düşünüyorum.
13. — Bazen güçlü bir duygu hissetmeme izin verirsem, onun hiç geçmeyeceğinden korkuyorum.
14. — Duygularımdan utanıyorum.

15. — Diğ er insanları rahatsız eden Şeyler beni rahatsız etmez.
16. — Kimse duygularıma gerçekten önem vermiyor.
17. — Benim için hassas ve duygularıma karşı açık olmak yerine mantıklı ve pratik olmak önemlidir.
18. — Aynı kiŐiyi hem beğenmek hem beğenmemek gibi birbirinin tersi duygularımın olmasına dayanamıyorum.
19. — Diğ er insanlardan çok daha hassasım.
20. — HoŐ olmayan bir duygudan hemen kurtulmaya  alıŐım.
21. — Kendimi keyifsiz hissettiğimde, hayatta değ er verdiğim daha önemli Şeyleri düşünmeye  alıŐım.
22. — Kendimi kötü veya  zg n hissettiğim zaman değ erlerimi sorgularım.
23. — Duygularımı açıkça ifade edebildiğimi düşünüyorum.
24. — Kendime sıklıkla “Benim neyim var?” diye sorarım.
25. — Kendimi sığ bir insan olarak görüyorum.
26. — İnsanların gerçekten hissettiğinden farklı biri olduğuma inanmalarını isterim.
27. — Duygularımı kontrol edemeyeceğimden korkuyorum.
28. — Kendinizi bazı duyguları hissetmekten korumalısınız.
29. — Kuvvetli duygular sadece kısa bir süre devam eder.
30. — Kendiniz için neyin iyi olduğunu söyleme konusunda duygularınıza g venemezsiniz.
31. — Hissettiklerimin bazılarını hissetmemem gerekir.
32. — Duygusal olarak kendimi “uyuŐmuŐ” hissediyorum, sanki hiç duygum yokmuŐ gibi.
33. — Duygularımın tuhaf veya saçma olduğunu düşünüyorum.
34. — Diğ er insanlar kötü Şeyler hissetmemeneden oluyor.
35. — Birisi hakkında birbirinin tersi duygularım olduğunda kendimi kötü hissediyorum veya kafam karıŐıyor.
36. — Beni rahatsız hissettiren bir duygum olduğunda düŐünecek veya yapacak başka birŐey bulmaya çalıŐıyorum.
37. — Kendimi kötü hissettiğim zaman tek baŐıma oturup ne kadar kötü hissettiğim hakkında uzun süre düşünüyorum.
38. — Bir baŐkası hakkındaki duygularımın çok kesin olmasından hoŐlanıyorum.
39. — Herkesin duyguları benimki gibidir.
40. — Duygularımı kabul ediyorum.
41. — Diğ er insanlarla aynı duygulara sahip olduğunu düşünüyorum.
42. — UlaŐmak istediğim daha yüksek değ erler var.

43. — Şu andaki duygularımın büyütölme şeklimle hiç ilgisi olmadığını düşünüyorum.
44. — Belli bazı duyguları hissedersen delirebileceğimden korkuyorum.
45. — Duygularım sanki nedensiz yere ortaya çıkıyor.
46. — Hemen hemen herşeyde akılcı ve mantıklı olmanın önemli olduğunu düşünüyorum.
47. — Kendimle ilgili hissettiklerim konusunda çok kesin olmayı seviyorum.
48. — Duygularım veya fiziksel hislerim üzerine çok odaklanıyorum.
49. — Duygularımın bazılarını kimsenin bilmesini istemiyorum.
50. — Bazı duygularımın olduğunu kabullenmek istemiyorum ama bu duygularımın olduğunu biliyorum.

EK 8 – Üst Biliş Ölçeği

Bu anket kişinin kendi düşünceleri hakkındaki inançlarıyla ilgilidir. Aşağıda kişilerin bildirdiği birçok inanç sıralanmıştır. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve genel olarak size uyan şikkı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz, maddelerin doğru ya da yanlış yanıtları yoktur.

Cinsiyet: _____ Yaş: _____ Tarih: _____

1. Katılmıyorum
2. Biraz katılıyorum
3. Orta derecede katılıyorum
4. Çok katılıyorum

1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.
1 2 3 4

2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.
1 2 3 4

3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.
1 2 3 4

4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.
1 2 3 4

5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.
1 2 3 4

6. Eğer beni endişelendiren bir düşüncüyü kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur
1 2 3 4

7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.

1 2 3 4

8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.

1 2 3 4

9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.

1 2 3 4

10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.

1 2 3 4

11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.

1 2 3 4

12. Düşüncelerimi izlerim

1 2 3 4

13. Düşüncelerim her zaman kontrol altında tutmalıyım

1 2 3 4

14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır

1 2 3 4

15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım

1 2 3 4

16. Endişelerim beni delirtebilir

1 2 3 4

17. Düşündüğümün heran farkındayım

1 2 3 4

18. Zayıf bir hafızam var

1 2 3 4

19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür

1 2 3 4

20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder

1 2 3 4

21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir

1 2 3 4

22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam

1 2 3 4

23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur

1 2 3 4

24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem

1 2 3 4

25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür

1 2 3 4

26. Belleğime güvenmem

1 2 3 4

27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem

1 2 3 4

28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır

1 2 3 4

29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem

1 2 3 4

30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm

1 2 3 4