

**T. C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI (KLİNİK) PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**VAJİNİSMUS TANISI ALAN KADINLAR VE EŞLERİNDE
TEMEL BİLİŞSEL ŞEMALAR İLE
BAĞLANMA STİLLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Özge ÇERİ

Ankara – 2009

**T. C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI (KLİNİK) PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**VAJİNİSMUS TANISI ALAN KADINLAR VE EŞLERİNDE
TEMEL BİLİŞSEL ŞEMALAR İLE
BAĞLANMA STİLLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Özge ÇERİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nilhan SEZGİN

Ankara – 2009

T. C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI (KLİNİK) PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**VAJİNİSMUS TANISI ALAN KADINLAR VE EŞLERİNDE
TEMEL BİLİŞSEL ŞEMALAR İLE
BAĞLANMA STİLLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nilhan SEZGİN

Tez Jürisi Üyeleri

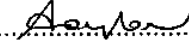
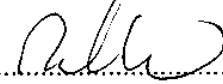
Adı ve Soyadı

İmzası

Doç. Dr. NILHAN SEZGİN

Prof. Dr. Atilla Soykan

Prof. Dr. Selim Hıncalazıta



Tez Sınavı Tarihi 07.01.2009.....

İÇİNDEKİLER

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. VAJİNİZMUS	1
1.1.1. Klinik Tanı ve Sınıflandırma	2
1.1.1.1. Tanı ve Sınıflandırmaya Yönelik Belirsizlikler	3
1.1.1.1.1. Vajinal Ağrı	3
1.1.1.1.2. Vajinal Kas Aktivitesi	4
1.1.1.2. Olası Tanı Önerileri	10
1.1.2. Yaygınlık ve Sıklık	12
1.1.3. Tedavi	13
1.1.3.1. Tıbbi Yöntemler	15
1.1.3.2. Cinsel Terapi Yöntemleri	17
1.1.3.3. Diğer Tedavi Yöntemleri	20
1.1.4. Etiyoloji	20
1.1.4.1. Fiziksel / Organik Nedenler	20
1.1.4.2. Psikolojik Nedenler	21
1.1.4.2.1. Fobik Tepkiler / Korku	24
1.1.4.2.2. Fiziksel ve Cinsel Travmalar	28
1.1.4.2.3. Bilişsel Yapılar	29
1.1.4.3. Sosyal / Kültürel Nedenler	29
1.1.4.3.1. Kültür	29
1.1.4.3.2. Eğitim Eksikliği ve Cinsellikle İlgili Tutumlar	31

1.1.5. Vajinismus Tanısı Almış Kadınların Eşleri	33
1.1.5.1.Eşlerin Vajinismusa Karşı Tutumları	33
1.1.5.2. Eşte Görülen Cinsel Sorunlar	35
1.1.5.3. Evlilik Uyumu	36
1.2. BAĞLANMA KURAMI	38
1.2.1. Bebeklik Döneminde Bağlanma Stilleri	41
1.2.2. İçsel Çalışan Modeller	45
1.2.3. Yetişkin Bağlanma Stilleri	47
1.2.3.1. Bağlanma Stilleri ve Psikopatoloji Çalışmaları	52
1.2.3.2. Bağlanma ve Yetişkinlikteki Yakın İlişkiler	53
1.3. ŞEMA KURAMI	57
1.3.1. Şema Kavramı	57
1.3.2. Young'ın Şema Kuramı	61
1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI	74

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR	75
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	78
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu	79
2.2.2. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – II	79
2.2.3. Young Şema Ölçeği	82
2.3. İŞLEM	86

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1.GRUPLARIN KİŞİSEL BİLGİ FORMU YANITLARI AÇISINDAN	
KARŞILAŞTIRILMASI	89
3.1.1. Vajinismus Tanı ve Tedavisine İlişkin Bulgular	89
3.1.2. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Cinsel Yaşam Bilgileri, Cinsel Tutum ve Algılarındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular	91
3.1.2.1. Chi-Kare ve Regresyon Analizi Sonuçları	95
3.2.GRUPLARIN BAĞLANMA STİLLERİ AÇISINDAN	
KARŞILAŞTIRILMASI	100
3.2.1. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Kaygı – Kaçınma Puanlarındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular	100
3.2.2. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Bağlanma Stillerindeki Farklılıklara İlişkin Bulgular	102
3.3. GRUPLARIN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	105
3.3.1. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Erken Dönem Uyumsuz Şemalarındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular	105
3.3.2. Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Bağlanma Stillerine Göre Karşılaştırılması	111
3.4. VAJİNİSMUS TANISINI EN İYİ YORDAYAN BAĞLANMA STİLLERİ VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR	113
3.4.1. Regresyon Analizi Sonuçları	113

3.4.2. Çiftlerin Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Şema Ölçeği	
Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara Ait Korelasyon Katsayıları	117

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1.GRUPLARIN KİŞİSEL BİLGİ FORMU YANITLARI AÇISINDAN	
KARŞILAŞTIRILMASI	118
4.1.1. Vajinismus Tanı ve Tedavisine İlişkin Bulguların Tartışılması	118
4.1.2. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Cinsel	
Yaşam Bilgileri, Cinsel Tutum ve Algılarındaki Farklılıklara İlişkin	
Bulguların Tartışılması	119
4.2. GRUPLARIN BAĞLANMA STİLLERİ AÇISINDAN	
KARŞILAŞTIRILMASI	128
4.3. GRUPLARIN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR	
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	130
4.4. VAJİNİSMUS TANISINI EN İYİ YORDAYAN BAĞLANMA	
STİLLERİ VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR	136
4.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	142

ÖZET	144
-------------	-----

SUMMARY	146
----------------	-----

KAYNAKÇA	148
-----------------	-----

EKLER	
--------------	--

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1.1. Vajinismus Döngüsü	23
Şekil 1.2. Dörtlü Bağlanma Modeli	48
Şekil 1.3. Temel Bağlanma Boyutları ve Kategorileri	52

TABLoların LİSTESİ

Tablo 2.1. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadınların Demografik Bilgileri	76
Tablo 2.2. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Erkeklerin Demografik Bilgileri	77
Tablo 2.3. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Çiftlerin Evlilik Bilgileri	78
Tablo 3.1. Vajinismus Tanısı Alan Kadınların Tanı Süresi ve Tedavi Bilgilerine İlişkin Yüzdeleri	89
Tablo 3.2. Tedavi Alan Kadınların Tedavi Tekniklerine Göre Dağılımı	90
Tablo 3.3. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Kişisel Bilgi Formu Yanıtlarına İlişkin Yüzdeleri	92
Tablo 3.4. Vajinismus Tanısının Yordanması için Kadın ve Erkek Katılımcıların Kişisel Bilgi Formu Yanıtlarına Uygulanan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	98
Tablo 3.5. Lojistik Regresyon Analizi Gruplama Tablosu	99
Tablo 3.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – II Alt Ölçeklerine Ait Puanların Ortalamaları	101
Tablo 3.7. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – II Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlara Uygulanan Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA) Sonuçları	101

Tablo 3.8. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Bağlanma Stillerine Göre Kaygı, Kaçınma Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları	103
Tablo 3.9. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Bağlanma Stillerine Göre Dağılımları	103
Tablo 3.10. Şema Ölçeği Alt Ölçeklerine Ait Puanların Ortalamaları	107
Tablo 3.11. Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlara Uygulanan Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA) Sonuçları	108
Tablo 3.12. Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Yetişkin Bağlanma Stillerine Göre Karşılaştırılması	112
Tablo 3.13. Vajinismus Tanısının Yordanması için Kadın ve Erkek Katılımcıların Bağlanma Stillerine ve Şema Ölçeği Alt Ölçek Puanlarına Uygulanan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	115
Tablo 3.14. Lojistik Regresyon Analizi Gruplama Tablosu	116
Tablo 3.15. Çiftlerin Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara Ait Korelasyon Katsayıları	117

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. VAJİNİSMUS

Vajinismus (L. vagina: kılıf; –ismus: eylem, edim); vajen girişindeki kasların spazmı sonucu cinsel birleşmenin mümkün olmadığı ya da son derece ağrılı olduğu bir bozukluktur. Bu kasılmaya tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması, korku, kaçınma tepkisi ve vajinal girişin olamayacağı inancı da eşlik eder. Vajinal spazm çoğunlukla cinsel birleşme ile sınırlı kalmaz; tampon kullanımı ve jinekolojik muayene sırasında da gözlenir. Kadın kasılan kaslar üzerinde hiçbir kontrolü olmadığını düşündüğü için cinsel işlev bozuklukları arasında kadını en çaresiz bırakan bozukluğun vajinismus olduğu söylenmektedir.

Nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte; genel olarak vajinismus, sosyal, kültürel, psikolojik ve fizyolojik bulguların birbirini tamamlayıp bütünleştiği, oluşumunda daha çok çevrenin, çocukluktaki cinsel travmaların ve dinsel muhafazakarlığın rol oynadığı bir bozukluk olarak ele alınmaktadır (Seo, Choe, Lee ve Kim, 2005).

Vajinismusun tanımı ve nedenleri ile ilgili ortaya atılan temel fikirler 100 yıldan fazla bir süredir yürürlükte olup, klinik hekimlerin ve araştırmacıların düşünce yapıları üzerindeki hakimiyetlerini sürdürmüş ve ciddi bir itiraz görmemiştir. Bu

yüzden Beck, vajinismusu “bilimsel ihmalin ilginç bir örneği” olarak adlandırmıştır (akt., Bayrak, 2006).

1.1.1. Klinik Tanı ve Sınıflandırma

Vajinismus DSM-IV-TR’de cinsel işlev bozuklukları içinde yer alır. Özgül bir kadın cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılan ve cinsel ağrı bozuklukları alt-kategorisine dahil edilen vajinismus için DSM-IV-TR’deki temel tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA, 2000):

- A. Vajinanın dışındaki kasların üçte birinde, cinsel birleşmeyi (koitus) engelleyecek biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması.
- B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.
- C. Bu bozukluk, başka bir Eksen 1 bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (örn. Somatizasyon Bozukluğu) ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bu tanımlamaya ek olarak DSM-IV-TR’de tüm birincil cinsel işlev bozukluklarının alt tipleri de belirlenmiştir: Eğer sorun, bireyin ilk cinsel deneyiminden itibaren yaşıyorsa *birincil (yaşam boyu) vajinismustan* söz edilir. *İkincil (edinsel) vajinismusta* bireyin cinsel yaşamında herhangi bir belirtinin bulunmadığı doyurucu bir dönem bulunmaktadır ve sorun daha sonra ortaya

çıkmaktadır. *Durumsal (kısmi) vajinismusta* ise sorun belirli ortamlarda oluşurken, başka ortamlarda yaşanmaz. Eğer cinsel sorun, ortamdan bağımsız olarak ve her türlü cinsel aktivite sırasında ortaya çıkıyorsa *yaygın (total) vajinismustan* söz edilir.

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

1.1.1.1. Tanı ve Sınıflandırmaya Yönelik Belirsizlikler

Pek çok araştırmacı ve klinisyen vajinismusla ilgili tanımlamaların yetersizliği ve geçersizliği konusunda hemfikirdir. Tanımında yer alan *ağrı* ve *vajinal kas spazmı* üzerinde yapılan araştırma ve yorumlar, vajinismusun yeniden tanımlanması ve sınıflandırılması gerektiğine ilişkin eleştirilerin haklılığını ortaya koymaktadır.

1.1.1.1.1. Vajinal Ağrı

Bu konuyla ilgili yapılan eleştirilerin çoğu; tanı için “ağrı” gerekli bir ölçüt olmadığı halde, vajinismusun neden ağrı bozuklukları adı altında sınıflandırıldığı yönündedir (Coppini, 1999; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2004). Örneğin yapılan çalışmalarda vajinismus tanısı alan kadınların ortalama %50’si ağrı yaşantısının varlığından söz etmemiştir (Nobre, Pinto-Gouveia ve Gomes, 2006; Pukall, Reissing, Binik, Khalifé ve Abbott, 2000).

Vajinismusun önde gelen bir özelliği olarak söz edilen ağrıyla ilgili pek çok kuramsal belirsizlik de söz konusudur. Bugün vajinal ağrının niteliği, şiddeti ve nedensellik yapısı anlaşılabilmiş değildir. Ne yayınlar ne de sınıflandırmalar “acı”, “ağrı” ya da “rahatsızlık” arasında ayırt edici bir bilgi sunmamış veya cinsel ilişkiyi zor ya da imkansız hale getirdiği varsayılan ağrıya bir tanım getirmemiştir. Ayrıca ağrının neden-sonuç-etki ilişkisi de belirsizliğini hala korumaktadır. Ağrının varsayılan vajinal kas spazmı dışındaki bir faktörden (enfeksiyonlar gibi) sonra mı geldiği yoksa kas spazmının bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı henüz bilinmemektedir (Pukall, Reissing, Binik, Khalifé ve Abbott, 2000).

1.1.1.1.2. Vajinal Kas Aktivitesi

Vajinismusun tanımında kasılmaların meydana geldiği, üretra, vajina ve anüsü çevreleyen pelvis tabanı kaslarındaki istemli kasılmalar idrar ve dışkının tutulmasında, istemsiz kasılmalar ise orgazm sırasında meydana gelir (Van Der Velde, Laan ve Everaerd, 2001). Vajinismusta vajinal penetrasyon (giriş) sırasındaki istemsiz kasılmalar, orgazm sırasındaki ritmik kasılmaların tam tersi olan spastik kasılmalar olarak tanımlanır (Seo, Choe, Lee ve Kim, 2005).

Vajinal kas aktivitesi için geçerli olan belirsizliklerden birincisi, kasılma terimi için; kasılmayı, kramptan ve kronik kas gerginliğinden ayırt edebilecek üzerinde uzlaşmış bir tanımın yapılmamış olmasıdır. İkincisi varsayılan kasılmaların hangi vajinal / pelvis kaslarda (bulbospongiosus, levator ani gibi) meydana geldiğinin belirlenmemiş ve “vajinanın dışındaki kasların üçte birinde meydana gelen

kasılmalar” şeklinde oldukça belirsiz bir tanımlamaya gidilmiş olmasıdır. Üçüncüsü ise kasılmaların mı ağrıya yoksa ağrının mı kasılmalara yol açtığına hala saptanamamış; kasılmalar, ağrı ve cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi arasındaki ilişkinin tanımlanamamış olmasıdır (Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2004).

Reissing, Binik ve Khalifé (1999) vajinismus tanısı alan kadınlardan çok azının vajinal spazm bildirdiğini söylemiştir. Başka bir araştırmada da benzer olarak; jinekolojik muayene sırasında vajinismus grubundaki üçte birden daha az kadında vajinal / pelvis spazmı saptanmış ve vajinismus grubundaki kadınların sadece dörtte biri cinsel birleşme denemeleri sırasında spazm yaşadıklarını söylemiştir. (Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2004).

Pukall, Reissing, Binik, Khalifé ve Abbott (2000) pek çok jinekologun vajinismusta gerçek bir spazm gözlemlemediklerini ve bu tanıyı daha çok pelvis incelemesinin hastanın kaygısı yüzünden mümkün olmadığı koşullarda koyduklarını öne sürmüşlerdir. Yapılan bir çalışmada vajinismus tanısını en iyi yordayan değişken, bu gruptaki kadınların jinekolojik muayeneleri sırasında gösterdikleri kaçınmacı ve savunmacı tutumları olmuştur. (Reissing, 2002). Rosenbaum, (2005) vajinismusun temel bileşenin anksiyete olduğunu ileri sürmüş; jinekolojik muayene sırasında anksiyete ya da kaçınma davranışı göstermeyen kadınların vajinismus tanısı alamayacağını; klinik bulgulara göre (kas gerginliği, ağrı şikayeti gibi) olası tanılarının vulvar vestibülit sendromu (VVS), pelvis ağrısı ya da dispareni olabileceğini savunmuştur. Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel (2004) de pelvis muayenesi

sırasında vajinismus grubundaki kadınların diğer cinsel ağrı tanı gruplarına oranla daha çok stres yaşantısı ve kaçınma davranışı gösterdiklerini, bu kadınların %73'ünün EMG ölçümlerine katılmayı reddettiklerini gözlemlemişlerdir.

Ayrıca araştırmaların pek çoğu vajinismus tanısı almış kadınların pelvis taban kaslarını kasıp gevşetme becerisi konusunda kontrol grubundan farklı olmadıklarını ortaya koymuştur (Van Der Velde ve Everaerd, 1999; Van Der Velde ve Everaerd, 2001; Van Der Velde, Laan ve Everaerd, 2001).

Tüm bu bulgular, vajinal kasılmanın sanıldığı kadar önemli ve cinsel birleşmeyi engelleyen birincil neden olmadığını düşündürmektedir.

Vajinismusta meydana gelen vajinal kas aktivitesinin özelliklerini belirleyebilmek için Van Der Velde ve Everaerd (1999) sağlıklı kontrol grubunun (n=43) ve vajinismus grubunun (n=67) vajinal / pelvis taban aktivitesini EMG ölçümleri ile incelemişlerdir. İki grubun gevşeme ve kasılma (kegel egzersizleri) sırasında alınan EMG ölçümleri arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Yine, Van Der Velde ve Everaerd (2001) vajinismus (n=22) ve kontrol gruplarına (n=7) fiziksel ("Jaws" filminden) ve cinsel ("Without Her Consent" filminden) tehdit içeren, nötr (hava durumu tahminlerinden) ve erotik (cinsel ilişkiyi kadının başlattığı ve cinsel açıdan kadının başat olduğu erotik bir film) 5 dakikalık film kesitleri izlettirmiş ve vajinal / pelvis aktivitesinde gruplar arasında

farka rastlamamışlardır. Ancak her iki grupta da fiziksel ve cinsel açıdan tehdit içeren film kesitleri sırasında pelvis tabanı kas aktivitesinin yükseldiği gözlenmiştir.

Araştırmacıların bir diğer araştırması da benzer sonuçlar vermiştir. Vajinismus (n=45) ve kontrol gruplarına (n=32) tehdit edici, cinsel olarak tehdit edici, cinsel açıdan nötr ve pozitif film kesitleri izlettirilmiştir ve özellikle trapezius kas aktivitesi gibi vajinal kasılmaların ölçümü alınmıştır. Sonuçlar; erotik film kesitleri herhangi bir vajinal tepki oluşturmazken her iki grupta da tehdit edici ve cinsel olarak tehdit edici film kesitleri sırasında hem pelvis hem de trapezius kas aktivitesinin yükseldiğini göstermiştir. Bu bulgular, araştırmacılar tarafından pelvis tabanı kas aktivitesinin tüm kadınlar için tehdit edici bir uyarana karşı savunma mekanizması olarak işlev gördüğünün bir kanıtı olarak yorumlanmıştır (Van Der Velde, Laan ve Everaerd, 2001).

Kontrol grubu ve tanı grubu arasında kas aktivitesi açısından fark saptanmayan araştırmaların yanı sıra bunun tersi yönde bulgular da mevcuttur. Örneğin, bir araştırmada 7 vajinismus tanısı almış ve 7 sağlıklı kadının levator ani¹ (LA), puborectalis² (PR) ve bulbocavernosus³ (BC) kas aktivitelerine bakılmış, dinlenme periyodunda bile vajinismus tanısı almış kadınlarda kontrol grubuna göre artmış EMG aktivitesi saptanmıştır. Vajinismus bir parmak ya da dilatör (genişletici

¹ Pelvisi arkadan öne yelpaze gibi açılarak kapayan *levator ani* kasları pelvis-içi organlara destek ve taban görevini üstlenir.

² Anüs çevresinden geçen ve levator aninin bir parçası olan *puborectalis* pelvik diyaframın en kuvvetli kasıdır.

³ Vajen girişinin her iki tarafında yer alan *bulbocavernosus* kasıldığında klitoris ereksiyonuna yardımcı olur.

çubuklar) aracılığıyla tetiklendiğinde sözü edilen kasların EMG aktivitesinin de kontrol grubuna göre açık bir şekilde arttığı gözlemiştir. Araştırmacılar, vajinismus tanısı almış kadınlarda dinlenme sırasında bile saptanan artmış kas gerginliği bulgusunu, vajinismusun daha çok organik (nöropatik ya da miyojen) bir etiolojiye sahip olduğu yönünde yorumlamışlardır (Shafik ve El-Sibai, 2000).

Yayınlarda, vajinal kas aktivitesinin sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştırıldığı araştırmaların yanı sıra; vajinismus tanısı almış kadınlar ile vulvar vestibülit sendromu (VVS) ve dispareni tanısı almış kadınların karşılaştırıldığı araştırmalara da sıklıkla rastlanmaktadır.

Vulvar vestibülit sendromu (VVS), vajina ağzında (vestibül) dokunma ya da vajinal giriş denemeleri sırasında oluşan şiddetli ağrı ve vestibüllerde kızarıklık olarak bilinmektedir. Etiyolojisinde tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve diğer ürogenital inflamatuvar durumların rol oynadığı düşünülen VVS’de kadınlar çoğunlukla penetrasyondan sonra, bazen de penetrasyon sırasında yakıcı ve batan ağrıdan şikayet ederler (Engman, Lindehammar ve Wijma, 2004). Cinsel birleşmenin ağrılı gerçekleşmesi anlamına gelen dispareni ise ağrı, birleşme sırasında, hemen öncesinde ya da sonrasında olabilmektedir ve bu bozukluk vajinismus gibi cinsel ağrı bozukluğu olarak sınıflandırılır. Ağrı öyküsü ve klinik bulgular açısından kısmi vajinismus ile VVS tanı grubunu birbirinden ayırabilmek oldukça zordur (Engman, Wijma ve Wijma, 2007). Ayrıca kısmi vajinismus, VVS ve dispareni gruplarının ağrı şiddeti ya da ağrı yaşantısına verdikleri bilişsel, duyumsal ya da duygusal tepkiler açısından bir fark gözlenmemiştir (Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2004).

Yapılan bir çalışmada VVS, vajinismus ve normal kontrol grubu karşılaştırıldığında; vajinismus tanısı almış kadınların pelvis tabanı kas gerginliğinin diğer iki gruba oranla, VVS grubunun ise kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Wijma, Engman ve Wijma, 2007). Diğer bir araştırmada da VVS tanısı almış kadınlarla karşılaştırıldığında, vajinismus tanısı alan kadınların pelvis tabanı gerginliği belirgin derecede yüksek bulunmuştur (Reissing, Binik ve Khalifé, 1999). Reissing, (2002) vajinismus, dispareni ve VVS tanısı almış kadınlarla yürüttüğü çalışmasında, kontrol grubundaki kadınlarla karşılaştırıldığında bu üç tanı grubundaki kadınların pelvis taban gerginliğinin daha fazla olduğunu; ancak vajinal spazm ve ağrı ölçümleri açısından bu üç grup arasında önemli bir farka rastlanmadığını saptamıştır. Engman, Lindehammar ve Wijma (2004) kısmi vajinismus, kısmi vajinismus + VVS belirtileri gösteren ve normal kontrol grubundaki kadınların pelvis taban hareketlerini yüzey elektromiyografi yöntemi ile değerlendirmiş ancak 3 grup arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Basson (2002) yaptığı bir çalışmada vajinismus, VVS'nin neden olduğu dispareni ve kontrol grubunu karşılaştırmış; vajinal kasılma ve ağrı ölçümlerinin tanı gruplarını birbirinden ayırt edemediğini gözlemlemiştir. Ancak, vajinismus grubu yüksek kas gerginliği ve düşük kas gücü açısından diğer iki gruptan ayrılmıştır.

Tüm bu araştırma bulguları birlikte ele alındığında; ağrı ve vajinal spazmın değil daha çok kaygı ve kaçınma boyutlarının vajinismusun ayırt edici tanı ölçütleri olduğu ve pelvis tabanındaki yüksek kas aktivitesi / gerginliği (dinlenme anlarında bile) ile düşük kas gücünün, cinsel ilişki sırasında ağrının ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı kontrollere göre saptanan aşırı kas

aktivitesinin nedenleri henüz bilinmemekle birlikte; pelvis taban aktivitesinin tüm kadınlar için tehdit edici bir uyaran karşısında arttığı göz önüne alındığında vajinismusun bir savunma mekanizması olarak işlev gördüğü yönündeki görüşler güçlenmektedir.

1.1.1.2. Olası Tamı Önerileri

Coppini (1999) vajinismusun DSM modelinde olduğu gibi bir “cinsel problem” olmadığını cinsel ilişki ve diğer cinsel tepkilere zarar veren “genital ağrı sendromu” olduğunu öne sürmüştür. Benzer olarak Basson da (1996); omuzda oluşan osteoartrit in çoğunlukla sadece tenis oynarken ortaya çıkıyor olmasına rağmen, sadece bu yüzden “tenis bozukluğu” olarak kabul edilemez olduğunu söyleyerek bu konuya dikkat çekmiştir.

Ohkawa (2001) vajinismusun diğer cinsel ağrı bozukluklarından daha farklı; yeme bozuklukları gibi karmaşık bir sendrom olduğunu ileri sürmüş ve vajinismusun “vajinal penetrasyon bozukluğu” olarak ayrıca sınıflandırılması gerektiğini önermiştir.

Ng (2000) de vajinismus ve yeme bozuklukları arasındaki benzerlikleri vurgulamıştır. Anoreksiya nervozanın özgül (yiyecek) fobiden ayrı bir klinik durum olduğuna dikkat çekerek, bu bozukluğun sadece fizyopatolojik özelliklerinden (amenore, vücut ağırlığının azalması gibi) değil, aynı zamanda psikopatolojik özelliklerinden de (bozulmuş beden algısı) daha öte bir klinik durum olduğunu öne

sürerek bu görüşünü şu şekilde açıklamıştır: “Ciddi karın ağrısı ve herhangi bir yiyecek ya da içecek alımından sonra kusma şikayetiyle gelen bir hastanın bu belirtileri yüzünden ya kaygılı ve sıkıntılı hissettiğini ya da yiyeceklerle karşılaştığında ciddi bir karın ağrısı ya da yoğun bir panik yaşadığını ve yemek yemesi için tüm ikna çabalarına karşı bir direnç gösterdiğini düşünelim. Tüm incelemeler sonucunda bütün bu olanlar (belki ilk birkaç kusma dışında) organik bir nedene bağlanamamışsa tanı ne olur? Elbette “spastik kolon” ya da “gastroismus” olmaz. Çünkü patolojik sürece bir bütün olarak bakıldığında temel (çekirdek) belirtinin, spazm, ağrı, sıkıntı ya da panik değil; yemek yemeye karşı gösterilen direnç ya da korku olduğu görülebilir” (Ng, 1999).

Bu görüşlerine paralel olarak; Ng (1999, 2000) vajinismusunu “vajinal penetrasyon ya da penetrasyon girişimlerine karşı gösterilen tekrarlayan ya da devamlı korku ya da direnç (bu durum ağrılı / ağrısız; dış kaslarda kasılma olması / olmaması şeklinde kendini gösterebilir)” şeklinde yeniden tanımlamış ve vajinismus terimi yerine “vajinal penetrasyona gösterilen nevrotik direnç” ya da “vajinopenetrasyon direnç nevrozu” kavramlarını önermiştir.

Bazı araştırmacılar ise vajinismusunu “psikosomatik vajinal penetrasyon fobisi” olarak tanımlamışlardır (Shafik ve El-Sibai 2002).

Reissing, Binik ve Khalifé’ye göre (1999) vajinismusun şu anki sınıflandırmasını ve tanısını tekrar değerlendirmek için a) vajinal kas spazmının rolü, b) spazmın cinsel ilişkiyi ve/veya genel olarak penetrasyonu engelleme seviyesi, c)

ağrının rolü, d) ağrının cinsel ilişkiyi ve/veya genel olarak penetrasyonu engelleme seviyesi hususlarının titizlikle incelenmesi gerekmektedir.

1.1.2. Yaygınlık ve Sıklık

Vajinismusun çok sık rastlanan bir kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu düşünülmekle birlikte genel popülasyon içindeki oranı bilinmemektedir; ayrıca bu tür yakınması olan kadınların tedaviye başvurmaktan çekindikleri, eksik tanı konulduğu ve gözden kaçırıldığı düşünülmektedir (Koehler, 2002; Ter Kuile ve ark., 2007).

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

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

Klinik örneklem içinde vajinismusun görülme sıklığı Nobre, Pinto-Gouveia ve Gomes'in (2006) araştırmasında %25.5, İngiltere'deki bir çalışmada (Goldmeier ve ark., 1997) %25, bir diğer çalışmada ise (Roy, 2004) %24.4 olarak bildirilmiştir.

Fas'ta yapılan bir çalışmada genel popülasyon içinde kadın cinsel işlev bozukluklarının oranı %26.6 ve vajinismusun oranı %6.2 olarak saptanmıştır (Mchichi-Alami ve Kadri, 2004).

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

Batıda yapılan çalışmalarda tüm kadın cinsel işlev bozuklukları içinde en sık rastlanılanın azalmış cinsel istek olarak ortaya çıkmasına karşın (Bachmann, 2006; Bodenmann, Ledermann, Blattner ve Galluzzo, 2006); ülkemizde görülen tüm cinsel işlev bozuklukları arasında vajinismusun % 43-73 arasında değişen oranlarda ve ilk sırada yer aldığı görülmektedir (Sungur, 1994; Sungur, 2000; Tuğrul ve Kabakçı, 1997).

1.1.3. Tedavi

Vajinismusta hangi tedavi yönteminin yararlı olduğuna dair yapılan kontrollü araştırmalar çok sınırlıdır. Tedavi sonuçlarına ilişkin çalışmaların çoğunda; örneklem sayısının bilinmemesi, değerlendirme ve tedavi sonuç ölçümlerinin yetersiz olması,

izleme çalışmalarının hiç yapılmaması ya da yetersiz olması, sonuçların istatistikî değerlendirme / analizlerinin ya hiç yapılmaması ya da sınırlı olması ve karşılaştırma gruplarının kullanılmaması dikkati çekmektedir. (Reissing, Binik ve Khalifé, 1999).

Bu araştırmalar için en büyük problem başarılı vajinismus tedavisinin geleneksel ölçütü olan penil-vajinal ilişkinin gerçekleşmesinin hedef olarak belirlenmesi yani tedavi yönteminin etkililiğinin tedavi sonucunda cinsel birleşme sağlanıp sağlanamadığına göre ölçülmüş olmasıdır (Crowley, Richardson ve Goldmeier, 2006). Örneğin, yayınlarda 24 vajinismus hastasının duyarsızlaştırma teknikleri ile %97 oranında cinsel birleşme gerçekleştirebildiklerini; ancak bu kadınlardan sadece %50'sinin cinsel birleşmeden doyum aldığını gösteren bulgular mevcuttur (Seo, Choe, Lee ve Kim, 2005). Ayrıca vajinismus tedavisinde çok önemli olmasına rağmen araştırmacıların tedaviyi bırakma oranlarını nadiren saptadıkları belirtilmiştir (Crowley, Richardson ve Goldmeier, 2006).

Temel vajinismus tedavi stratejisi Kaplan (1974) tarafından “inanılmayacak kadar basit” olarak nitelendirilerek şöyle özetlenmiştir: a) vajinal genişletme ve/veya vajinal egzersizler yoluyla kadını vajinal penetrasyona karşı duyarsızlaştırmak, vajinal kaslarda istemli kontrol geliştirmek ve böylelikle spazmı önlemek; b) cinselliğin doğal, normal bir aktivite olduğuna yönelik bilgi ve inanışları arttırmak amacıyla kadını eğitmek; c) fobik unsurlar, olumsuz koşullanma, suçluluk duygusu, ağrı korkusu gibi bağlantılı psikolojik sorunları psiko-terapötik ya da cinsel terapi müdahaleleri yoluyla gidermek.

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

1.1.3.1. Tıbbi Yöntemler

Yayınlarda en sık rastlanılan tıbbi tedavi yöntemi botoks olarak bilinen ve bulbospongiosus kaslarının her ikisine de Botulin Toxin enjekte edilerek uygulanan tekniktir. Araştırma sonuçları; bu yöntem ile vajinismusun tedavi edilebildiğini ve ortalama 6 aylık izlem periyodunda belirtilerin tekrarlamadığını göstermiştir (Allen, Lacy, Salle ve Gordon, 2006; Maria, Cadeddu, Brisinda, Brandara ve Brisinda, 2005; Shafik ve El-Sibai, 2000).

Sistematik duyarsızlaştırma beraberinde kullanılan Xylocaine (Lignocaine) jel ya da nitrogliserin merheminin lokal olarak uygulanmasının da vajinismus tedavisinde olumlu sonuçlar verdiğine dair yayınlar bulunmaktadır (Peleg, Pres ve Ben-Zion, 2001; Praharaj, Verma, ve Arora, 2006).

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

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

Black (2005); vajinismusun etiyolojik nedenleri arasında yanlış doktor tutumlarının da yer aldığını söylemiştir. Örneğin, bir çalışmada; VVS tanısı almış 12 kadın üzerinde yapılan “vulvoplasty” operasyonundan sonra; 5 kadının değişik derecelerde vajinismus belirtileri gösterdiği ortaya çıkmıştır (Goetsch, 1996).

Vajinismus tanısı alan bazı kadınların - özellikle öyküsünde cinsel istismar olan kadınların - jinekolojik muayeneyi bile “travmatik” bir yaşantı olarak değerlendirdiği düşünülürse; cerrahi müdahalelerin başarısının tartışmalı olduğu, çünkü bu operasyonların daha sonra çeşitli psikolojik yan etkilere yol açtığı öne sürülmektedir (Coppini, 1999; Crowley, Richardson ve Goldmeier, 2006; Myskow, 2006).

1.1.3.2. Cinsel Terapi Yöntemleri

Ter Kuilea ve arkadaşları (2007), 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 vurgulamışlardır. Heiman (2002) ise vajinismus tedavisinde psikolojik müdahalelerin yetersiz olduğunu; psikoterapötik müdahalelerin yalnızca hafif vajinismus vakalarında işe yarayabileceğini öne sürmüştür. Benzer şekilde pek çok yazar; bireysel terapilerin uzun, pahalı ve bazı vakalar için yararsız olduğunu ve davranışsal – tıbbi tekniklerde (dilatörlerin kullanılması, maruz bırakma, aşamalı kas gevşetme gibi) yarar sağlanamadığı takdirde hastaların bireysel ya da cinsel terapilere yönlendirilmeleri gerektiğini söylemektedir (Nancy ve Phillips, 2000; Shafik ve El-Sibai, 2000).

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

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

Tulla, Dunn, Antilus ve Muneyyırcı-Delale (2006) kliniklerinde bilişsel – davranışçı cinsel terapi ile tedavi edilen 200’ün üzerinde vajinismus vakası olduğunu bildirmiştir.

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

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

Ter Kuilea ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada; cinsel eğitim, gevşeme egzersizleri, aşamalı maruz bırakma, bilişsel terapi ve duyumsal odaklanma egzersizlerini içeren tedavi programına alınan vajinismus tanısı almış 81 kadın; 3 aylık tedavinin hemen ardından, 6. ve 12. ayda yapılan izlem görüşmelerinden 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 (2003) Hacettepe Üniversitesi psikiyatri kliniğine başvuran 28 vajinismus tanısı almış kadın ve eşine 6 ay süreyle bilişsel – davranışçı terapi uygulamıştır. Çiftlerden 14’ü ilk seanslarda terapiyi bırakmış, geri kalan 14 çift tedaviyi başarıyla sonuçlandırmıştır. Tedaviyi bırakan ve tamamlayan çiftler arasında başlangıç ölçümleri (anksiyete düzeyi, evlilik uyumu..vs) açısından bir fark bulunamamıştır. Tedaviyi tamamlayan kadınlarda anksiyete seviyesi azalırken, evlilik uyumu ve tüm cinsel işlevlerle ilgili değişkenler açısından gelişme gözlenirken, aynı gelişme erkek eşler için söz konusu olmamıştır. Bu bulgu Akpınar ve Saatçi’nin (2007) vajinismus nedeniyle cinsel ilişkiye girememiş bir çiftin tedavi sonrası ölçümleriyle paralellik göstermektedir.

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

1.1.3.3. Diğer Tedavi Yöntemleri

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

1.1.4. Etiyoloji

1.1.4.1. Fiziksel / Organik Nedenler

Vajinismusta da, tüm cinsel işlev bozukluklarında olduğu gibi organik ve psikolojik etiyolojiyi birbirinden bağımsız olarak değerlendirebilmek mümkün görünmemektedir (Segraves, 2001).

Vajinismusun olası organik nedenleri ile ilgili olarak; vajinal atrofi ve atrofiye bağlı adhezyonlar, vajinal operasyon veya intra-vajinal radyasyon, uterus prolapsusu, vulvar vestibülit sendromu (VVS), endometriyozis, enfeksiyonlar, vajinal lezyon ve

tümörler, cinsel yoldan bulaşan hastalıklar ve pelvis kan basıncı anormallikleri sayılmaktadır (Reissing, Binik ve Khalifé, 1999).

Klinik deneyimler kısmı + ikincil vajinismusun daha çok kronik ağrı sendromunun bir belirtisi olarak ortaya çıktığını göstermekte ve cinsel ağrı beklentisinin, vajinal girişe engel olan artmış kas gerginliğiyle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (Binik, Pukall, Reissing ve Khalifé, 2001; Ter Kuilea ve ark., 2007).

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

1.1.4.2. Psikolojik Nedenler

Danışan: “Doktor, cinsellikten zevk almıyorum, çünkü canımı acıtıyor!”

Black: “Hayır, tam tersi, canını acıtıyor, çünkü cinsellikten zevk almıyorsun.”

(Black, 2005).

Vajinismusta psişe; cinsel birleşmeyi istiyor, istemiş ya da hiçbir zaman istememiş olabilir; ancak bedenden çok kesin bir mesaj vardır: “Hayır”. Black’e göre

(2005) “ağrı” kelimesi, altında pek çok değişik anlam barındıran bir yardım çağrısıdır ve bunu şu örnekle açıklar: “Bu gece olmaz hayatım, başım ağrıyor” cümlesi tabii ki disparonik bir ağrıyı ifade etmez; ancak bu bir kod ya da altyazıdır ve bu kodları çözebilmek oldukça zordur.

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

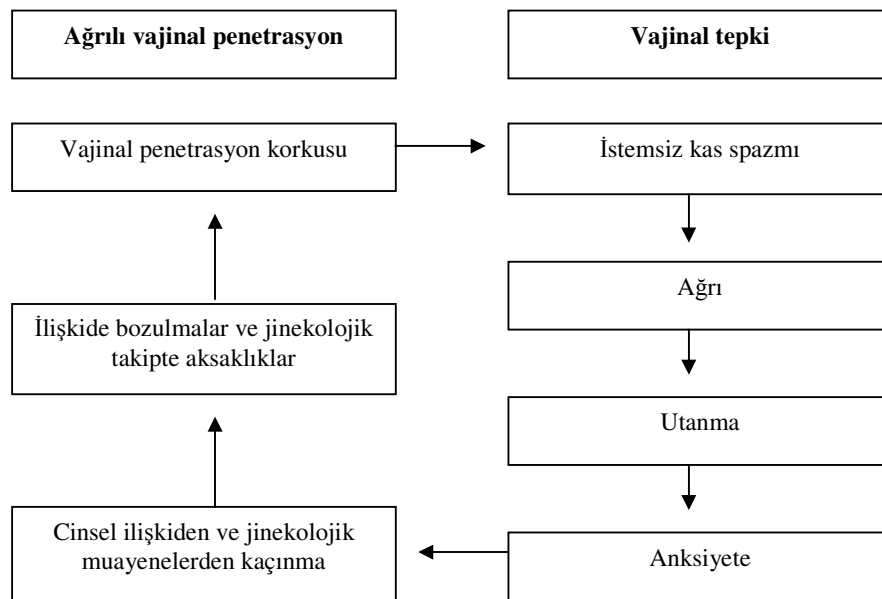
Kaplan (1974) ise vajinismus tanısı alan her kadının nevrotik olmadığını, bazılarının çok ciddi bir hastalığın kurbanı olduğunu vurgulamıştır. Kaplan’a göre (1974) belirti bir kere oluştuğundan sonra bu durum, ilişkiden kaçınmaya sebep olan ağrıya karşı refleksif ya da fobik bir reaksiyon haline gelir ve sonuçta vajinal girişe

karşı koşullu bir tepki oluşur. Klinik gözlemler vajinismus tanısı alan kadınların vajinismusa ikincil olarak gelişen yetersizlik duygularının da cinsel ilişkiden kaçınma davranışını arttırdığını göstermiştir (Kaplan, 1974).

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

Butcher (1999) vajinismusta yaşanan ağrı korkusuna ilişkin kısır döngüyü Şekil 1.1’deki gibi tanımlamıştır.

Şekil 1.1. Vajinismus Döngüsü (Butcher, 1999)



Çeşitli cinsel işlev bozuklukları ile psikolojik belirti sıklığının SCL-90 ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, kadın cinsel işlev bozuklukları içinde psikolojik problemlerin en sık vajinismus tanısı almış kadınlarda gözlendiği ortaya çıkmıştır (Bodenmann, Ledermann, Blattner ve Galluzzo, 2006). Benzer olarak; cinsel işlev bozukluğu tanısı almış 126 kadın ile yapılan bir araştırmada; depresyon ve kendini aşağılama / küçümseme boyutlarında alınan puanların en yüksek olduğu grupların disparoni ve vajinismus olduğu saptanmıştır (Hartmann, 2007). Bir başka araştırmada ise; disparoni ve vajinismus tanısı almış kadınlar, kontrol grubundaki kadınlar ile karşılaştırıldığında psikopatoloji, cinsel ya da fiziksel istismar gibi değişkenler açısından herhangi bir farklılık göstermedikleri saptanmıştır (Coppini, 1999).

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

1.1.4.2.1. Fobik Tepkiler / Korku

Psikoanalitik kuram; kaygı ve fobilerin, çocuğun erken gelişimsel dönemlerinde ortaya çıkan, bilinç dışı çatışmalara karşı kalkan görevi gördüğünü öne sürer. Çocuğa sıkıntı veren; temel dürtüler, anılar ve duygular bastırılır ve bir hayvan

gibi dışsal bir obje ile yer değiştirir ya da gerçek bir kaygı kaynağıyla sembolik olarak ilişkilendirilir. Böylece kaygı ve korkular çocuğu; bilinç dışı istek ve güdülerine karşı korur (Mash ve Wolfe, 2005). Wenar, örümceklerin kendisini ısıracağı korkusuyla, örümcek fobisi geliştirmiş 7 yaşındaki bir kız çocuğu örneği ile kaygı ve fobileri açıklama yoluna gitmiştir. Psikoanalitik yönelimli oyun terapisi sonucunda, kızın annesine öfkesini ifade etme isteği ile ilkel vicdanından gelen “iyi kız ol” emri arasında nevrotik bir çatışma yaşadığı yorumu yapılmıştır. Kendisini “kötü” olarak nitelemesi kaygı uyandırmakta ve üç ayrı savunma mekanizması birbiri ardından devreye girmektedir. İlk olarak bastırma ortaya çıkar ve kız annesine olan öfkesini bilinç dışına iter. Bunu yansıtmaz izler. Bu noktada annenin kendisine öfkeli olduğunu düşünmektedir. Son olarak da yer değiştirme gelir ve zararsız bir nesneye abartılı ve yıkıcı bir güç atfedilerek korku nesnesi durumuna getirilir. Tüm bu açıklamalara rağmen simgeselleştirmelerde ortak bir anlam bulmak güçtür. Anlamlar genellikle kişiye özgüdür (akt.,Türköz, 2003).

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

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

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

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

Oktay ve Tombul'un (2003) 200 vajinismus tanısı almış kadınla yaptıkları araştırmada, bu kadınların korkularının sırasıyla ağrı ve aşırı acı duyma korkusu (%57), aşırı kanama korkusu (%31), yırtılma / parçalanma korkusu (%18), penisin içerde kalması / kilitlenme korkusu (%17), bayılma / ölme korkusu (%11) ve pislik / iğrenme duygusu (%9) olarak ortaya çıkmıştır. Bu araştırmadan elde edilen ilginç bir bulgu da sadece %18'i ilk ilişkide aşırı acı hissi yaşamasına rağmen, kadınların %57'sinin ağrı ve acı duyma korkusu yaşadıklarını bildirmeleri olmuştur.

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

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

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

1.1.4.2.2. Fiziksel ve Cinsel Travmalar

Çocukluk cinsel istismarının yetişkin hayatta cinsel işlevler ve yakın ilişkilerde problemlere yol açtığı bilinmektedir. Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel (2003) çocuklukta yaşanan istenmeyen cinsel deneyimlerin, cinsel benlikle ilgili olumlu bilişsel temsillerin gelişimini etkileyebileceğini ve bireyde cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceğini söylemişlerdir. Cinsel travma yaşamış kadınların pek çoğu, güven duyma ve kendini açma gibi yakın ilişki alanlarında ve cinsel istekte azalma, cinsel fobiler, vajinismus, cinsel uyarılma, orgazm güçlükleri gibi cinsel alanlarda problemler yaşamaktadır (Mills ve Turnbull, 2004).

Fas'ta çocukluk cinsel istismarına uğramış 27 kadınla yapılan çalışmada, bu kadınlardan 5 tanesinin vajinismus tanısı aldığı gözlenmiştir (Mchichi-Alami ve Kadri, 2004).

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

Hatta Basson'ın çalışmasında, vajinismuslu kadınlarda cinsel istismarın varlığı oranı, genel toplum ortalamasından düşük çıkmıştır (Basson,1996).

Fiziksel istismar öyküsü vajinismusun olası etiyolojik bağlantıları arasında sayılmış olmakla birlikte daha pek çok çalışmanın bulgularında fiziksel istismar öyküsü ile vajinismus arasında önemli bir ilişki gözlenmediği belirtilmiştir (Bayrak, 2006; Reissing, 2002; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2003).

1.1.4.2.3. Bilişsel Yapılar

Vajinismusun etiyolojik bağlantılarına yönelik yapılan çalışmalarda vajinismus grubundaki kadınların VVS, dispareni ve sağlıklı kontrol gruplarına oranla cinsel açıdan daha az olumlu kendilik şemasına sahip oldukları saptanmıştır (Reissing, 2002; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2003).

1.1.4.3. Sosyal / Kültürel Nedenler

1.1.4.3.1. Kültür

Kültür, tek bir davranış, yaşam biçimini ve bir grup için ortak olan gelenekler, alışkanlıklar, inançlar, değerler tarafından şekillenen tutumları belirleyebilir ve grubun duygularını biçimlendirebilir. Cinsel davranış ve inançlar da kültürel ve sosyal etkilere çok açık olduğundan cinsel işlev bozukluklarının yapısında da kültürün etkileri açık bir şekilde görülebilir (Ahmed ve Bhugra, 2007).

Hem batı hem doğu kültürlerinde; kadın cinselliğinin bastırılması, penis ya da yabancı bir cismin girişine karşı vajinanın kapalı tutulması anlamına gelen bekarete

uzun yıllar boyunca büyük önem verilmiştir. Hala bir “vajinismus kültüründe” yaşandığını vurgulayan Ng (1999) vajinismusun vajinal alıcılığın bastırılmasına karşı bir tepki olabileceğini ve kültürel bir probleme bağlı tıbbi bozukluk olarak da sınıflandırılabileceğini söylemiştir.

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

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

Bilindiği gibi geleneksel Türk ailelerinde, gelinin bakire olmasının ayrı bir önemi vardır; gelin bakireliğini kocasına ve onun ailesine ilk gece kanıtlamak zorundadır. Böyle bir gelenek, özellikle cinsellikle ilgili yeterli bilgi ve deneyimi olmayan çiftler için ilk cinsel ilişkide kaygıyı arttıran bir niteliğe sahiptir. Yine yaygın bir gelenek olarak, ilk geceden önce ailenin daha büyük bir kadın üyesi kendi ilk gece deneyimini geline anlatır. Klinik gözlemler paylaşılan bu bilginin genellikle

cinsel birleşmenin kadında dayanılmaz bir acıya ve birkaç gün süren rahatsızlıklara yol açtığı gibi gerçekçi olmayan ve katastrofik bilgiler olduğu yönündedir. Bu tip bilgilerin cinsel işlev bozukluklarına yol açabileceği ya da cinsel problemleri daha da zorlaştırabileceği düşünülmektedir (Kabakçı ve Batur, 2003).

1.1.4.3.2. Eğitim Eksikliği ve Cinsellikle İlgili Tutumlar

Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilenme sonucu oluşan önyargıların; cinselliğe ilişkin aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusuna ve dolayısıyla cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (Özmen, 1999). Paralel olarak, cinselliğe karşı olumsuz tutumların ve cinsel bilgisizliğin vajinismusa da yol açtığı düşünülmektedir (Morris ve Mukhopadhyay, 2006).

Basson (1996), çalışmasındaki kadınların çoğunun genel olarak cinsellik ve özel olarak da evlilik öncesi cinsel aktivite hakkında olumsuz tutumlara sahip olduklarını saptamıştır.

Devroede (1999), cinselliği bir günah olarak empoze eden otoriter annelerin ve tuvalet eğitimi sırasında katı ve cezalandırıcı bir tutum sergileyen ebeveynlerin; çocukluktan itibaren pelvis kas gerginliğine ve dolayısıyla vajinismusa neden oluşturabileceğini öne sürmüştür. Koehler (2002) ise, vajinismus tanısı alan kadınların, cinsellikle ilgili katı ve muhafazakar olan ebeveynlerinin, alt-

kültürlerinin, dini inançlarının “iyi” kızları olduğunu ve vajinismusun cinselliğe karşı yaşanan kaygıdan kaçınmanın bir yolu olduğunu düşünür.

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

Bu araştırmalardan farklı olarak; çalışmaların bazılarında, vajinismus, VVS ve kontrol gruplarının cinsellik hakkındaki bilgileri bakımından önemli farklılıklar göstermediği saptanmıştır (Bayrak, 2006; Reissing, 2002; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2003).

Tüm bu görüşler; vajinismus tedavisine başlamadan önce kadının cinsel bilgisinin, dinsel inançlarının, aile değerlerinin ve toplumsal tabularının belirlenmesinin ve tedaviye başvuran tüm kadınların mutlaka cinsel fonksiyon ve pelvis anatomisi hakkında bilgilendirilmesinin çok önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

1.1.5. Vajinismus Tanısı Alan Kadınların Eşleri

Vajinismus, erkekte istenmeme ve reddedilme olarak yaşandığında; eşine karşı öfke, kırgınlık ve bazen bekaret konusunda şüphe yaratabilir (Yetkin, 1999).

Ancak vajinismus tanısı almış kadınların eşleri ile ilgili en yaygın iddia, kadınların baskın ve otoriter babalarının tam tersi bir şekilde eşlerinin anlayışlı, aşırı hoşgörülü, pasif ve iddiasız oldukları yönündedir (Davis ve Reissing, 2007; Reissing, Binik ve Khalifé, 1999).

Vajinismus tanısı almış kadınların eşlerinin cinsel deneyimlerinin az olduğu ve cinsel anlamda girişken olmadıkları da söylenmektedir (Küçük ve Buzlu, 2006). Bu açıdan bakıldığında; penil-vajinal ilişkinin gerçekleşmesi ya da tedavi konusunda eşler karşılıklı bir kaçınma içine girerek, farkında olmadan gizli bir anlaşma içine girmiş olabilecekleri akla gelmektedir. Çünkü bu çiftlerin tedaviye başvurma sürelerinin, diğer cinsel işlev bozukluklarına göre çok daha uzun olduğu ve hatta bu çiftlerin çoğunun yıllar sonra, çocuk yapabilmek için tedaviye geldikleri bilinen bir gerçektir.

1.1.5.1. Eşlerin Vajinismusa Karşı Tutumları

Davis ve Reissing (2007) eşlerinde cinsel ağrı yakınması olan erkeklerin 3 değişik tepki verebileceğini söylemiştir. Bunlar:

- “Kolaylaştıran (ağrıya karşı tepkilerinde, eşinin çözüme yönelik davranışlarını cesaretlendiren)
- "Olumsuz" (ağrıya eleştiri, öfke, onaylamama şeklinde tepkiler veren, yardım isteklerini reddeden)
- "Sempatik" (teselli etmeye odaklanan ve ağrı deneyimi ile ilgi tartışmalardan kaçınan)

Davis ve Reissing (2007) cinsel ağrı bozukluklarının sürmesinde en çok katkısı olanın “sempatik” eş tepkisi olduğunu ve bu tip tepkilerin en çok vajinismus tanısı almış kadınların eşlerinde görüldüğünü bildirmişlerdir. Ek olarak yazarlar, VVS tanısı almış kadınların cinsel birleşme sırasında yaşadıkları şiddetli ağrıya rağmen “eşlerini kaybetme korkusu” ile vajinal-penil birleşmeyi sürdürdüklerini; ancak vajinismus için aynı durumun söz konusu olmadığını savunurlar.

Yapılan bir araştırmada, kadınlar, vajinismus karşısında eşlerinin gösterdikleri tepkileri değerlendirmişlerdir. Buna göre, eşlerin %72.5’i anlayışlı, %17’si çok anlayışlı ve %10.5’i anlayışsız ve baskıcı olarak değerlendirilmiştir (Oktay ve Tombul, 2003).

Yine ülkemizdeki bir çalışmada, vajinismus tanısı alan kadınlardan %57'si eşlerini düşünceli ve kendilerine yardımcı, %15'i öfkeli ve saldırgan, %28'i tepkisiz olarak değerlendirmiştir (Tuğrul ve Kabakçı, 1997).

Yukarıda bahsedildiği gibi eşin tepkisinin kadının problemini ne kadar güçlü bir şekilde pekiştirdiği önemli bir sorundur ki eğer bu denence doğru ise terapinin hedeflerinden biri de eşin tepkilerini değiştirmek olmalıdır.

1.1.5.2. Eşte Görülen Cinsel Sorunlar

Sungur, (2000) vajinismus için kliniğe başvuran kadınların %41'nin eşinde erken boşalma sorunu olduğunu gözlemlemiştir. Başka bir araştırmada ise vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinde görülen cinsel işlev bozuklukları %13 oranında erken boşalma ve %3.5 oranında erektil disfonksiyon olarak saptanmıştır (Oktay ve Tombul, 2003).

Bahsedilen erkek cinsel işlev bozukluklarının vajinismusa göre ikincil sorunlar oldukları ve vajinismusun başarılı bir şekilde tedavi edilmesiyle ek terapi yöntemleri uygulanmasına gerek kalmadan kendiliğinden ortadan kalktığı bilinmektedir (Badran ve ark., 2006; Yetkin, 1999).

1.1.5.3. Evlilik Uyumu

Vajinismusun etiyolojisinde, ilişkiye dair problemlerin de yer aldığı söylenmektedir. Ancak bu konuyla ilgili yapılan araştırmalardan farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Örneğin; yapılan bir araştırmada, evlilik uyumu ile vajinismus arasında ters orantılı bir ilişki ortaya çıkmıştır (Bodenmann, Ledermann, Blattner ve Galluzzo, 2006). Vajinismus tanısı alan kadınların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı başka çalışmalarda evlilik uyumu açısından her iki grup arasında herhangi bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (Reissing, 2002; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2003).

Vajinismus tanısı almış 89 kadınla yapılan bir çalışmada; vajinismusun olası 17 nedeni sıralamasında “eşten hoşnutsuz olma” faktörü 11. sırada yer almıştır (Ward ve Ogden, 1994).

Diğer cinsel işlev bozukluklarıyla karşılaştırıldığında, vajinismusta kadınların cinsel ve evlilik ilişkilerinin genellikle daha olumlu olduğu ve daha iyi iletişim ölçümleri sergiledikleri bulunmuştur. (Hawton ve Catalan, 1990).

Ülkemizdeki çalışmalarda Sungur (1994), vajinismusta evlilik ilişkilerinin iyi olduğunu, ancak sorun süresi uzadıkça evlilik uyumunun azaldığını söylerken,

Tuğrul ve Kabakçı (1997) kadınların %80 ve kocaların %90 oranında evliliklerinden yeterince doyum aldıklarını saptanmıştır.

Son olarak, eşinden şiddet gören kadınlarla yapılan bir çalışmada, bu kadınlardan %38.3'ünün vajinismus belirtileri gösterdiği saptanmıştır (Çetiner, 2006).

Buraya kadar yapılan açıklamalardan da görüldüğü gibi vajinismusun oluşumu ile ilgili çok çeşitli ve ilginç nedensellik denenceleri ortaya atılmış ve pek çok faktörün önemli rol oynadığı gündeme getirilmiştir. Etiyolojiyle ilgili olarak; daha önceki fiziksel hastalıklardan (ürogenital hastalıklar gibi) psikolojik travmalara (tecavüz, cinsel istismar gibi), cinsel birleşme fobisinden cinsel bilgi eksikliğine kadar oldukça geniş bir yelpazede yer alan açıklamalar yapılmıştır. Ancak vajinismusun nedenleri hala çok açık değildir. Bu araştırmanın amacı, bireyin erken çocukluk döneminde şekillenen ve yetişkinlikteki yakın ilişkilerinin yordanmasında belirleyici oldukları düşünülen “bağlanma stilleri” ve “temel bilişsel şemalar” kavramlarının vajinismusun psikolojik etiyolojisindeki rollerini değerlendirebilmektir. Bu amaç doğrultusunda bundan sonraki iki bölümde “bağlanma stilleri” ve “temel bilişsel şemalar” ile ilgili kuramsal bilgiye yer verilecektir.

1.2. BAĞLANMA KURAMI

Ebeveynler, yedi aylık ve çok ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan bebekleri için Lebovici'ye danışırlar. Anne, eşiyle birlikte işlettiği işyerinde yoğun bir şekilde çalışmakta ve bu nedenle bebeğe ayırdığı zamanda yorgun düşmekteydi. Bebeğin uyuma güçlüklerinden dolayı, anne de uyuyamamaktaydı. Zihni uykusuz bebeğine ilişkin düşüncelerle dolmaktaydı. Üstelik kocasıyla sevişemez hale gelmişti. Anneyle yalnız görüştükleri ikinci görüşmenin sonunda, Lebovici, annenin bebeği kollarında taşımasını ister. Anne bebeği öyle bir şekilde tutar ki, bebeğin başı kendi omzunun üzerinden sarkar ve bebeğin bu durumda tek görebileceği yer arkadaki duvardır. Daha sonra onu sallamak istediğinde yukarıdan aşağıya doğru sert bir şekilde, neredeyse hiddetle sarsmaya başlar. Lebovici bebeğin kendisini görebileceği şekilde tutması için anneye yardım eder; o ana kadar ağlayan ve huzursuz olan bebek sakinleşir. Lebovici anneye şöyle der: “Bebeğinizi sakinleştirdiniz çünkü ilk kez onun sizi anne kılmasına izin verdiniz: siz ona bakarken, o size bakabildi.”

(akt., Abrevaya, 2005).

Bowlby'nin bağlanma teorisine (1969) göre bebekler, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için bakım verenlere yakın olmak zorundadır. Bu açıdan bağlanma çocukların hayatta kalmalarını sağlayan biyolojik bir işleve sahiptir. Bebeğin erken dönemde yaşadığı bu ilişkide, bakım veren kişinin, çocuğun

gereksinimlerine uygun yanıt vermesi, destekleyici ve ulaşılabilir olması gibi özellikleri, ilişkinin niteliğini belirler. Bebeğin güvenlik duygusunun ortaya çıkmasının kolaylaşması ve yaşadığı kaygı düzeyinin azalması, bakım veren kişiler ile bebek arasında kurulan ilişkide sözü edilen özelliklerin bulunmasına bağlıdır.

Biyolojik temelli bağlanma sistemi, yaşam döngüsü boyunca koruma ve gözetmenin evrimsel bir fonksiyonunu yerine getirir. Bowlby'e göre doğal ayıklanma süreciyle pek çok farklı tehlikeden korunmayı güvence altına almak için bakım verenle yakınlığı sürdürmek gerekir ki bunun için her bebek bir bağlanma davranış sistemiyle donatılmış olarak dünyaya gelir. Bu yüzden sistem kaygı, korku ve hastalık koşulları altında etkinleşmeye eğilimlidir (Bowlby, 1969).

Ağlama, yabancılardan korkma gibi bağlanma davranışları; bebeğin bakım verenle olan yakınlığını sürdürmek ya da yeniden kurmak için sergilenen aktif çabalardır. Çocuğun yaşı ilerledikçe ayrılmanın üstesinden gelmeye başlar. Ancak annesinden erken ayrılan, şiddet uygulanan ya da ihtiyaçları tutarlı bir biçimde doyurulmayan çocuklar; ayrılma ve bağımlı olma durumlarına atipik tepkiler gösterirler (Bowlby, 1969).

Bağlanma oluştuktan sonra bebek anneyi, çevreyi keşfetme sırasında güvenli bir üs olarak kullanmaya başlar. Bowlby'e göre (1973) küçük bebeğin bağlanma davranışlarına annenin verdiği tepkiler stresi azaltmakla kalmaz, aynı zamanda bebeğin otonomi geliştirmesine de olanak sağlar. Yakınlığı arttırmak için gösterilen bağlanma davranışından farklı olarak, keşfetme sistemi bebeğin çevresini incelemesi

ve yönlendirmesi için harekete geçer, böylece bebeğin çevreyle baş etme becerileri gelişir. Yeni, alışılmamış bir çevre ya da insanlar, hastalık, yorgunluk ya da anneyle aradaki mesafenin artması bağlanma sistemini tekrar harekete geçirir ve bebek bir şekilde anneyle iletişim kurar. Güvenli üssün varlığı ve ulaşılabilirliği sağlandıktan sonra bebek keşfetmeye devam eder.

Bağlanma sistemi, çocukların bakıcılarıyla ilişkileri temelinde gözlenen dört davranış örüntüsü ile tanımlanır: yakınlığı arama ve koruma, ayrılığı protesto etme, keşfetme etkinlikleri için bakıcıyı bir üs olarak kullanma, destek ve güvenlik için bakıcıyı sağlam bir sığınak olarak kullanma. *Birincil koşullu stratejiler* olarak adlandırılan bu davranışlar sağlıklı bağlanmaya işaret eder ve güvenlik duygusu tehdit edildiğinde, bağlanma objesiyle fiziksel yakınlığı yeniden kurmak için spontan olarak ortaya çıkan çabaları içerir. Yani bebekler önemli diğerlerinden (bağlanma objeleri) yakınlık aramayı ve bu yakınlığı sürdürmeyi amaçlayan bir takım davranış repertuarı (bağlanma davranışları) ile doğarlar (Hazan ve Shaver, 1994; Mikulincer, Shaver ve Pereg, 2003).

İkincil bağlanma stratejileri ise, güvende olma gereksinimine ilişkin birincil stratejiler etkisiz kaldığında devreye girer. Eğer bağlanma objesi ulaşılabilir değilse bu güvensiz bağlanmaya yol açar ve çocuğun uyum sağlamaya yönelik ikincil stratejileri devreye sokması gerekir. Buna göre çocuk yakınlık aramanın hala geçerli bir seçenek olduğu kararına varırsa yakınlık, destek ve sevgiyi elde etmek amacıyla yoğun ve ısrarlı bir çaba içine girebilir ve bu durum bir bağlanma objesi ulaşılabilir hale gelene kadar devam eder. Yakınlık aramanın geçerli bir seçenek olarak

görülmmediği durumlarda ise çocuk bağlanma sistemlerini hareketsiz halde tutar, böylece bağlanma objesine ulaşamamaktan kaynaklanan üzüntü ve hayal kırıklığından korunmuş olur. Ancak bu örüntü tekrar ettiğinde bu durumdaki bir kişi bağlanmaya yönelik ihtiyaçlarını inkar eder, yakın ilişkilerden kaçınır, kendine güven ve bağımsızlık için yoğun bir çabaya girer (Hazan ve Shaver, 1994; Mikulincer, Shaver ve Pereg, 2003).

1.2.1. Bebeklik Döneminde Bağlanma Stilleri

Bebekler ilk üç özellikle de ilk beş haftadan sonra göz teması kurarak Bowlby'nin "sosyal gülücükler" olarak adlandırdığı gülümsemeleri gerçekleştirir. Bu gülümsemeler bağlanmayı destekler; çünkü bebek güldüğünde bakım veren bebekle birlikte olmaktan zevk alır, ona gülümser, konuşur ve kucaklar; böylece bebek bakım verenle yakınlığı sürdürülmüş olur. 6 aydan sonra ise bakım veren kişi ortamdan ayrıldığında, bebek "ayrılık anksiyetesi" sergilemeye başlar ve tekrar kavuşma anında bakım veren kişiye sıkı sıkı sarılma ve kucağında kalmayı isteme gibi sakinleştirici arayışlara girer. Bir yaşından sonra bebek annenin ulaşılabilirliği ve ihtiyaçlarına cevap verebilirliğine dair genel bir fikir oluşturmaya başlar. Üç yaşından itibaren ise bebek bakım veren kişinin neden ortamı terk ettiğine ilişkin bir yordama yapabilecek olgunluğa erişmiş olur (Bowlby, 1969).

Bakım veren kişi, bebekle olan ilişkisinde ya tutarlı bir şekilde olumlu tepkiler verir, ya tutarlı olarak tepkisizdir ya da tutarsızdır. Bu üç tür tepki temel olarak bakım veren – bebek bağlanma örüntüsünü şekillendirir ve buna göre bebek güvenli

(secure), kaygılı / kararsız (anxious / ambivalent) ve kaçınan (avoidant) olmak üzere üç tip bağlanma stili geliştirir (Bowlby, 1969).

Ainsworth ve arkadaşları (1978) “yabancı ortam” olarak adlandırılan çalışmalarında bebeklerle bakıcıları arasında gelişen bağlanmanın niteliğini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Çalışmada 12-24 ay arasındaki bebeklerin bakıcılarıyla arasındaki ilişkiler, sunulan bir dizi durumda değerlendirilmiştir. Senaryoda sırasıyla şu durumlar gerçekleşir: bebek ve anne rahat laboratuvar odasına getirilir, bebek ve anne odada yalnız bırakılır; bir yabancı içeriye girer ve oturur, önce anneye daha sonra bebekle konuşur; anne odayı terk eder, bir süre sonra anne odaya geri döner ve yabancı odadan çıkarak anne ve bebeği yalnız bırakır, anne bebeği odada yalnız bırakır, yabancı geri döner, anne geri döner (akt., Peterson ve Moran, 1988).

Bebek için giderek daha fazla stres verici olan bölümler bebekte bağlanma ve keşfetme sistemlerinin harekete geçmesini sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Araştırmaya katılan bebekler, elde edilen verilerin yakınlık ve temas arama, temasın sürdürülmesi, güven, kaçınma, arama ve belirli bir mesafeden etkileşim kurma ölçeklerinden aldıkları puanların değerlendirilmesi sonucu belirtilen üç gruptan birinde yer almıştır. Buna göre;

- Güvenli bağlanmış olarak değerlendirilen bebeklerin annelerini güvenli bir üs olarak kullandıkları, ayrılmadan dolayı üzüntü duydukları ve tekrar bir araya

gelmeyi istedikleri, bu gerçekleştikten bir süre sonra çevreyi keşfetmeye geri döndükleri belirtilmiştir.

- Kaçınan bağlanma geliştiren bebekler, oyun oynarken anneyi görmezden gelmekte, anne geri döndüğünde ondan kaçınmakta ya da onu yok saymakta ve az miktarda yakınlık aramaktadır. Örneğin anne kucaklamak istediğinde bedenlerini ve yüzlerini başka yöne çevirmektedirler. Araştırmacılar bu bebeklerin annelerini duyarsız, müdahaleci ve reddedici olarak değerlendirmiş, geçmişte anne, bebeğin pek çok korunma talebini geri çevirmiş olduğundan, bebeklerin annelerini güvenli bir sığınak olarak görmemekte ve daha çok savunmaya yönelik davranışlara yönelmekte olduğuna değinmişlerdir.
- Kaygılı-kararsız bağlanan bebekler ise temas aramakla anneyi kızgınlık içinde reddetme davranışlarını birlikte göstermekte ve böylece bağımsız bir şekilde oyun oynamaktansa anneye yoğunlaşmaktadırlar. Araştırmacıların gözlemleri bu bebeklerin annelerinin biran için son derece sıcak davranırken, bir an bebeğe hiç ilgi göstermediklerini vurgulamakta ve bebeğin ihtiyaç duyduğu anda annesinin ona yardım edip etmeyeceği konusunda kararsız kaldığını bildirmektedirler (akt., Peterson ve Moran, 1988).

Bağlanma stillerinde görülen bu farklılıkları önemli diğerleriyle girilen etkileşimlerle açıklamak mümkündür. Gerek duyduğunda ulaşılabilir olan, bebeğin bağlanma ihtiyaçlarına karşı duyarlı olan ve yakınlık girişimlerine cevap veren önemli diğerleriyle (bağlanma objeleri) girilen etkileşimler sistemin en uygun

biçimde işlemlerine yardımcı olur ve çocukta güvenlik duygusunun gelişmesine katkıda bulunur. Sonuç olarak, diğerlerinin ulaşılabilirliği hakkında olumlu beklentiler kişinin yeterli ve değerli olduğuna yönelik bir bakış açısı geliştirmesini sağlar. Buna karşın önemli diğerleri ulaşılabilir olmadığı veya bebeğin ihtiyaçlarına cevap vermediği zaman ya da tutarsız cevaplar verdiğinde, bebekte güvenlik duygusu gelişemez. Sonuç olarak, çocuk kendisine ve diğerlerine ilişkin olumsuz temsiller (diğerlerinin iyi niyeti hakkında endişeler ve kendilik değeriyle ilgili şüpheler) oluşturur (Mikulincer, Shaver ve Pereg, 2003).

Genellikle annenin, çocuğun genel duygusal ve bilişsel yeterliliğini güçlü bir şekilde yordadığı düşünülmektedir. Ancak hem çocuk hem de yetişkin bağlanmasıyla ilgili yayınlarda anne ve babayla kurulan bağlanma örüntüleriyle ilgili farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Örneğin çocukların bağlanmasıyla ilgili yapılan çalışmalarda çocukla baba arasındaki bağlanmanın niteliğinin, yabancıyla kurulan yakınlığın, kişilerarası çatışmalardaki olumsuz duygu ve gerginliğin ve problem çözme becerilerinin en iyi yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (Blissett ve ark., 2006).

Anne baba tutumlarıyla ilgili olarak, ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada kabul ve ilginin yüksek olduğu ailelerden gelmenin, güvenli bağlanma stili ile; sıkı denetim ve kontrolün olduğu ailelerden gelmenin ise güvensiz bağlanma stilleri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan anne ve babaların benimsedikleri çocuk yetiştirme stillerinin çocukların bağlanma stillerini önemli ölçüde etkilediği ve bunun ileriki dönemlerdeki bağlanma stilleri üzerinde de etkili olduğu yönünde bir sonuca varılabilir (Sümer ve Güngör, 1999).

1.2.2. İçsel Çalışan Modeller

Bowlby'nin bağlanma kuramından önce Freud da bebeğin kendi başına gereksinimlerini doymaktan uzak olduğu gerçeğini ön plana çıkarmıştır. Öyle ki başlangıçta var olan bu güçsüzlük tüm manevi güdülerin birincil kaynağı haline gelir. Yetişkin müdahalesi doyum deneyimini sağlayabilir. Böylece ihtiyaca ve onun doyurulmasına ilişkin bellek imgeleri arasında bir bağlantı oluşmasına neden olur (Kayaalp, 2005). Anne başlangıçta kendi ruhsal yapısını bebeğe ödünç vererek onun kendi ruhsallığını yapılandırmasına olanak tanır (Abrevaya, 2005).

Yine Freud, her insanın yaşam boyunca sürekli olarak tekrarlanan temel bir ilişki örüntüsü olduğunu ileri sürmüştür. Freud'a göre kişi, istekleri, özlemleri, arzuları ve daha önceki ihtiyaçları karşılama girişimlerinin yarattığı beklentilerle yeni insanlara yaklaşır. Yani, daha önceki ilişkilerde varolan isteklerini, ihtiyaçlarını daha sonraki ilişkilere transfer eder. Psikanalitik kuramda; transferans sözcüğü genellikle psikoterapistle kurulan kişisel ilişkiden bahsetmek için kullanılsa da, Freud ve daha sonraki psikodinamik kuramcıları bütün ilişkilerde transferans öğelerinin sürekli ortaya çıktığı sonucuna varmışlardır (akt., Waldinger ve ark., 2003).

Bağlanma kuramındaki önemli kavramlardan biri olan içsel çalışan modeller kavramı da, bebeklikteki bağlanma deneyimleri ile yetişkinlikteki duygu ve davranışlar arasındaki sürekliliğin temel kaynakları olarak kabul edilir (Mikulincer, Shaver ve Pereg, 2003).

Bowlby'ye göre (1973) içsel çalışan modeller, bağlanma sistemini etkin ve yeterince faaliyete geçirebilmek ya da bağlanma faaliyetini sonlandırabilmek için çocuğun bağlanma objesi ve bağlanma objesiyle etkileşen kendi benliği için beklentilerini ifade eder. Bu modellerden başkalarıyla ilgili olanı bakım veren kişinin bebeğe karşı şefkatli, destekleyici, güvenilir olup olmamasına benzer özelliklerini içerirken; benliğe ilişkin olan zihinsel modeller çocuğun kendisinin ilgiye, bakıma ve sevgiye değer olmasına yönelik inanç ve beklentilerinden oluşmaktadır. Çocuklar kendileriyle ve diğerleriyle olan bu zihinsel modelleri, yaşamın ilk yıllarında ebeveynlerinin tepkileri doğrultusunda geliştirirler. Çocukların bağlanma objeleriyle oluşan bu modelleri, yetişkinlik dönemindeki kişilerarası ilişkilerinde prototip olarak kullandıkları ve bu prototipler doğrultusunda ilişkilerini yapılandırıldıkları bilinmektedir. Bu zihinsel modeller, bağlanma stilinde ömür boyu süreklilik sağlayıcı bir mekanizma işlevi taşır.

Böylece içsel çalışan modeller, hem kişinin kendisine ilişkin beklenti, inanç, duygu ve özsaygısını hem de başkalarına duyulan güven ve sosyal ilişkilerde hissedilen rahatlık düzeylerini etkiler (Hazan ve Shaver, 1994).

Özellikle ergenlik döneminde içsel çalışan modellerin son halini aldıkları ve değişime daha dirençli hale geldikleri kabul edilir (Zimmermann ve Becker-Stoll, 2002).

Kısaca içsel çalışan modeller, çoğunlukla farkında olmaksızın işlev gören ve başkalarının davranış ve niyetlerine ilişkin yordamada bulunmaya rehberlik eden

yapılardır. Benlik ile başkaları için oluşturulmaya başlanan bu şemalar, karşılıklı bir etkileşim içinde birbirlerini geri besleyerek bebeklikten yetişkinliğe doğru bağlanma zihinsel modellerinin bir kararlılık ya da istikrar gösterebilmesine katkıda bulunurlar (Güngör, 2000).

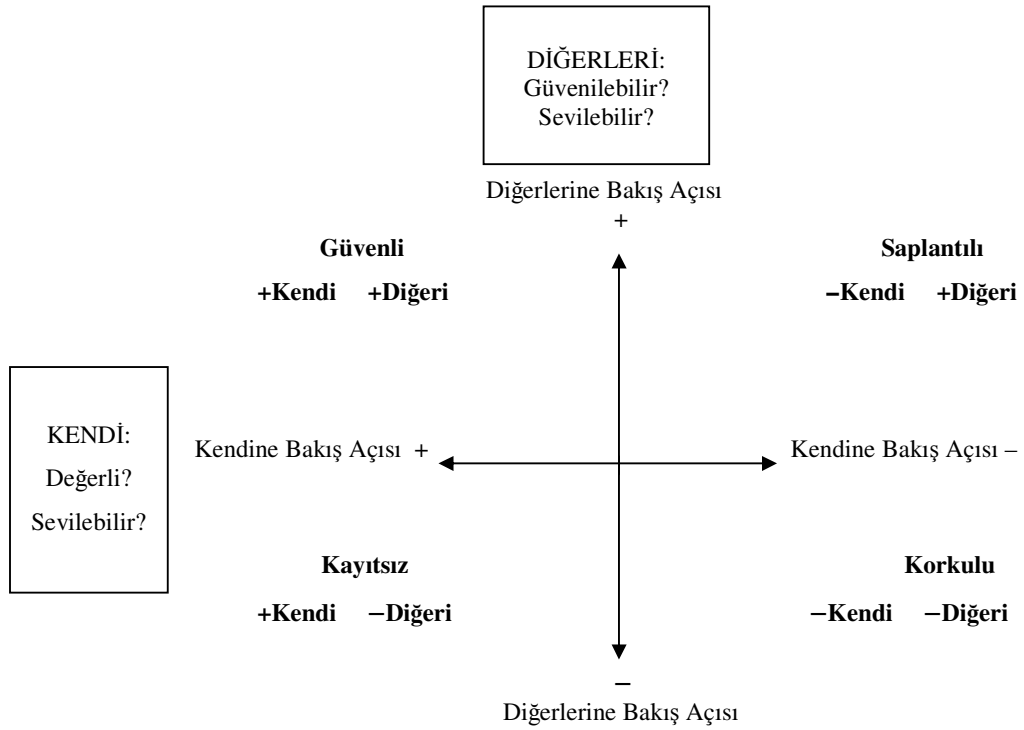
1.2.3. Yetişkin Bağlanma Stilleri

Bowlby (1973), bağlanmanın beşikten mezara kadar uzanan, yaşam boyu bir süreç olduğunu ve erken yaşlarda oluşan zihinsel modellerin çok fazla değişime uğramadan yetişkinlikte de işlev gördüğünü ileri sürmektedir. Bağlanmanın sadece çocuklukla sınırlı olmadığını vurgulayan Bowlby, ilk bağlanma deneyiminin, sonraki duygusal zincirleri kurma kapasitesini, evlilik problemleri ve çocuklarla yaşanan sorunlar gibi bir dizi yetişkin işlevsizliğini, nevrotik belirtileri ve kişilik bozukluklarını belirleyebildiğini söylemiştir.

Örneğin, yaşamın erken dönemlerinde kurulan güvensiz bağlar içe yöneltilerek çocuğun dünyayı ve diğer insanları nasıl algılayacağını belirler. Bu çocuklar çevreyi güvenilmez, işe yaramaz ve düşman olarak algırlar ve bunlar daha sonra kaygı ve kaçınma davranışı olarak gelişir. Bir birey diğer insanları düşman olarak görüyorsa, insanların nötr davranışlarını seçici olarak düşmanca algılayacak, bu şekilde tepkide bulunacak; dolayısıyla diğer insanlardan düşmanca tepki alacaktır. Bu da o insanda kırgınlık yaratacak ve diğerlerine ilişkin düşmanlık beklentileri yerleşecektir. (Huprich ve ark., 2004).

Bireylerin kendilerine ve diğerlerine ilişkin içsel çalışan modellerinden yola çıkan Bartholomew ve Horowitz (1991) yetişkin bağlanma stillerini açıklamak için Dörtlü Bağlanma Modelini geliştirmişlerdir. Bu modelde benlik ve diğerleri, olumlu ve olumsuz olmak üzere iki boyut içinde incelenmekte ve sonuç olarak dört farklı yetişkin bağlanma stili elde edilmektedir. Dörtlü bağlanma modeli Şekil 1.2’de gösterilmiştir.

Şekil 1.2. Dörtlü Bağlanma Modeli (Klohn & John, 1998)



Şekil 1.2’deki bu kavramlaştırma benlik ve diğerlerinin yanı sıra bağımlılık ve yakınlıktan kaçınma boyutlarını temsil eder. Yatay eksen “bağımlılık” (+: dışsal onay gerektirmeyen öz saygı, -: başkalarının onayını gerekli kılan öz saygı) boyutunu,

dikey eksen ise “yakınlıktan kaçınma” (+: yakınlık kurmada rahatlık, -: yakınlık kurmaktan kaçınma) boyutunu temsil eder.

Olumlu bir benlik modeli, dışsal bir onaya gereksinim duymaksızın sahip olunan öz-saygı ve sevillebilirlik duygusunu; olumsuz bir benlik modeli ise olumlu bir benlik algısı için başkalarının onayına gereksinimi içermektedir. Başkaları modeli, başkalarının iyi niyetli ve gereksinim duyulduğunda ulaşılabilir olduğuyla ilgili beklentilerle ilgilidir. Başkaları modelinin olumlu olması yakın ilişkilerde destek ve yakınlık aramaktan çekinmemeye ve başkaları hakkında olumlu beklentilere sahip olmaya; başkaları modelinin olumsuz olması ise başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler taşımaya karşılık gelmektedir (Güngör, 2000).

Buna göre yetişkinlikteki bağlanma stilleri şu şekilde özetlenebilir (Rothbard ve Shaver, 1994):

Güvenli bağlanma stili olan yetişkinler kendilerine ve başkalarına ait olumlu içsel modellere sahiptir. Güvenli bağlanan kişiler kendilerini sevmeye değer ve değerli kişiler olarak, başkalarını da güvenilir ve kabul edici olarak algılamaktadırlar. Güvenli bağlanan kişilerin kaygı ve kaçınma düzeyleri düşük değerlerdedir. Bu bölge güvenli bağlanma duygusu, yakınlık ve karşılıklı bağlılıkta rahatlık, destek aramada güven ve stresle başa çıkmada diğer yapıcı unsurlarla tanımlanır.

Saplantılı bağlanma biçiminde ise olumsuz benlik ve olumlu başkaları boyutlarının birleşimi söz konusudur. Saplantılı bağlanan kişilerin çocuklukta

bağlanma objelerinin tutarsız ve duyarsız oldukları belirtilmektedir. Yüksek kaygı ve kaçınma düzeyine ve değersizlik duygularına sahip bu kişiler, bağlanma güvenliğinin yokluğu, güçlü bir yakınlık ihtiyacı, ilişkilerle ilgili kaygılar ve reddedilme korkusuyla tanımlanmaktadırlar. Bu kişiler diğerleriyle anlamlı ilişkiler kurma konusunda istekli olmakla birlikte reddedilme korkusu ve güvensizlik nedeniyle bundan kaçınmaktadırlar.

Korkulu bağlanma stiline sahip bireylerin ise kendilerine ve diğerlerine ilişkin olumsuz zihinsel modelleri vardır. Korkulu bağlanma biçimine sahip kişilerin ebeveynlerinin reddedici ve aşırı eleştirici oldukları vurgulanmaktadır. Kendilerini değersiz ve seilmeye layık görmeyen bu kişiler başkalarının da güvenilmez ve reddedici olduklarını düşünmektedirler. Korkulu bağlanan kişilerin kaygı ve kaçınma boyutları yüksektir. Reddedilme olasılığını engellemek için yakın ilişkilerden kaçınarak, incinmemeyi güvence altına alırlar.

Kayıtsız bağlanan kişiler ise kendilerine ait olumlu, başkalarına ilişkin olarak ise olumsuz zihinsel modellere sahiptirler. Bu örüntü içinde, bağlanma gereksiniminin kabul edilmemesi dolayısıyla bağlanma güvenliğinin yokluğu, saplantılı biçimde kendine güven ve diğerlerinden duygusal olarak uzak durma tercihi ile tanımlanan daha karmaşık bir mekanizma işlemektedir. Çünkü bağlanma objesinin reddedişi karşısında olumlu benlik imgesini sürdürmenin tek yolu, kendini bu kişiden uzak tutmak ve olumsuz duyguları önemsizleştirecek bir benlik modeli geliştirmektir. Başkalarıyla oldukça mesafeli ilişkilere giren ve yakın ilişkilerden

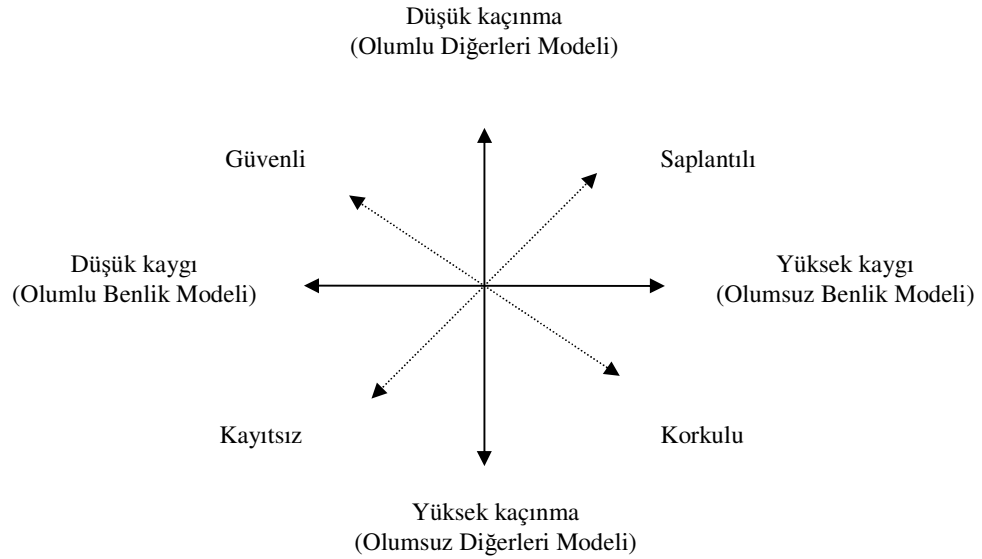
kaçınarak, bağımsız olmanın önemini vurgulayan bu bireyler kendilerini reddedilme ve sonrasında yaşanan hayal kırıklıklarına karşı korumayı amaçlamaktadırlar.

Kayıtsız bağlanan kişilerin kendine güven düzeyleri oldukça yüksektir ve her konuda tamamen yeterli bir benlik modeli sergilerler. Aynı zamanda bu kişiler, kaygı veren koşullarda, eşlerinden destek aramak yerine kendilerini bu kişiden hem psikolojik hem de fiziksel olarak geri çekme eğiliminde olduğu söylenmektedir (Mikulincer ve Florian, 1998).

Dörtlü Bağlanma Modelinden yola çıkan Brennan, Clark ve Shaver (1998) bağlanma boyutlarının kategorilerden daha betimleyici olduğunu öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar, yaptıkları faktör analizleri sonucunda yetişkin bağlanma davranışlarının yakın ilişkilerde yaşanan *kaygı* ve başkalarıyla yakınlaşmaktan *kaçınma* olmak üzere iki temel boyutta tanımlandığını göstermişlerdir. Kaygı boyutu yakın ilişkilerde hissedilen reddedilme ve terk edilme konusundaki aşırı duyarlılıktan kaynaklanan bağlanma kaygısını, kaçınma boyutu ise başkalarına yakın olmaktan ya da başkalarının yakın olmasından ve bağımlı olmaktan hissedilen rahatsızlığı tanımlamaktadır.

Dörtlü Bağlanma Modelinin devamı niteliğinde olan bağlanma boyutları Şekil 1.3'te gösterilmiştir.

Şekil 1.3. Temel Bağlanma Boyutları ve Kategorileri



Temel bağlanma boyutları modelinde; güvenli bağlanma stili düşük düzeyde kaygı ve kaçınma boyutunda tanımlanırken, bunun zıt kutbunda yer alan korkulu bağlanma her iki boyutun da yüksek düzeyleriyle tanımlanmaktadır. Saplantılı bağlanma stili yüksek kaygı ve düşük kaçınma ile tanımlanırken, kayıtsız bağlanma düşük kaygı ve yüksek kaçınma birleşimi ile tanımlanmaktadır (Brennan, Clark ve Shaver, 1998).

1.2.3.1. Bağlanma Stilleri ve Psikopatoloji Çalışmaları

Yayınlarla bakıldığında bağlanma stilleri ile çeşitli psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda; güvensiz bağlanma stilleri ile psikopatolojiler arasında olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Örneğin, Allen, Hauser, ve Borman-Spurrell (1996) ergenlik döneminde hastanede psikotik bozukluk dışında bir tanıyla tedavi gören bir grup genç yetişkinin bağlanma tarzlarını incelemiştir. Güvensiz bağlanma daha önce hastanede kalma öyküsüyle, düşük kendilik değeriyle ve paranoyayla ilişkiliyken, kayıtsız bağlanma tarzı suç davranışıyla ve madde kullanımıyla ilişkili bulunmuştur.

Düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelen kadınlarla yapılan bir çalışmada kayıtsız bağlanma tarzı olan grup daha az psikiyatrik belirti bildirmiş, bağımsızlığa daha fazla vurgu yapmış ve daha düşük anksiyete puanı almışlardır. Saplantılı bağlanan grubun daha çok psikiyatrik belirtiye sahip olduğu ve daha fazla ilişki problemleri gösterdiği saptanmıştır. Güvenli bağlanma tarzı olan grubun puanları pek çok ölçekte diğer iki grubun arasında yer almıştır (Pianta, Egeland ve Adam, 1996).

Örnekleme psikiyatri servisine başvuran 72 kişiden oluşan bir araştırma kapsamında bireylere bağlanma tarzını ölçen bir ölçek ve rutin belirti değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada katılımcıların %81'inin güvensiz bağlanma tarzı olduğu bulunmuştur. Korkulu bağlanma tarzına sahip olan grup belirti değerlendirme ölçeğindeki pek çok alanda en yüksek puanı alırken, saplantılı bağlanma tarzı olanlar da en yüksek puanı alan ikinci grup olmuştur (Mason, Platts ve Tyson, 2005).

1.2.3.2. Bağlanma ve Yetişkinlikteki Yakın İlişkiler

Bağlanma sisteminin temel işlevleri olan; bir tehlike ya da rahatsızlık anında bakıcının yanında olma (yakınlık arama ve yakınlığı sürdürme), bakıcının yanında

olmanın verdiği güvenlik ve rahatlık duygusu (güvenli sığınak), çevreyi keşfetme ve tanıma gibi bağlanma dışı davranışlar sırasında bakıcıyı rahatlık ve güvenlik için geri dönülecek bir yer (güvenli üs) olarak kullanma davranışları yetişkinlikteki yakın ilişkilerde de kendini göstermektedir (Güngör, 2000).

Çocukluktaki bağlanma tipik olarak tamamlayıcıdır ve bağlanma kişisi genellikle anne ya da babadır. Bebek ya da çocuk güvenlik arar ama kendisi böyle bir fonksiyonu yerine getirmez. Buna karşılık yetişkin bağlanması karşılıklıdır. Her iki eş de bakım ve gözetme sağlar ve bunu birbirinden elde eder. İkinci bir fark yetişkin bağlanmasında, bağlanma objesinin bir akran ya da cinsel eş olmasıdır. Bu nedenle yetişkin bağlanma ilişkilerinde cinsellik, karşılıklı bakım ve gözetme gerekmektedir. Bir başka deyişle cinsel güdüler ve koruma ihtiyaçlarını karşılama, yakınlık arayışını güdülemektedir (Hazan ve Shaver, 1994).

Yetişkin ilişkilerinde güvenli bağlanma, hem yakınlık hem de özerkliğin temelini oluşturmaktadır. Yaşamda özerk olabilmek, kişinin güvenilir bir desteğı olduğu duygusu tarafından güçlendirilir. Yakınlık da, kişi kendisini diğlerinden bağımsız olarak hissettiğinde ortaya çıkmaktadır (Holmes,1997).

Güvenli bağlanan yetişkinler kendilerini sevebilir kişiler olarak düşünürken; diğelerini de ihtiyaçları olduğunda ya da sıkıntı yaşadıklarında ulaşabilecekleri kişiler olarak düşünürler. Güvenli bağlanan kişiler, ilişkilerinde hem yakınlığa hem de özerkliğe önem vererek, stres zamanlarında bağlanma ilişkisini “güvenli bir liman” ve dünyayı keşfetmek için dayanak olarak kullanırlar. Buna karşın ihtiyaçları

olduğunda bağlanma objelerinin ulaşılabilir olmayacağını bekleyen yetişkinler ise ya güvensiz olma ve sürekli olarak diğerlerine yakın olma ve diğerlerinin ulaşılabilirliği konusunda endişe etme eğiliminde olurlar ya da güvensiz olurlar ve diğerlerinin önemini ve onlara ihtiyaçları olduğu gerçeğini göz ardı ederler. Bilişsel ve davranışsal olarak güvensiz-saplantılı yetişkinler yakınlığa özerkliği kaybetme pahasına aşırı değer verirler, güvensiz – kayıtsız bağlanan yetişkinler ise yakınlığı yitirme pahasına özerkliğe aşırı önem verirler (Waldinger ve ark., 2003).

Romantik ilişkilerdeki çatışma çözme stratejileri ve bağlanma stilleri ile ilgili yapılan bir çalışmada; güvenli bağlanma stiline sahip bireylerin zorlama ve kaçınma stratejilerini en az kullanan grup olduğu, saplantılı bağlanma stiline sahip olanların uzlaşma stratejisini kayıtsız bağlanma grubundan daha fazla kullandığı ortaya çıkmıştır (Bahadır, 2006).

Çocukluk bağlanma stilleri ve yetişkinlikte kurulan ilişki biçimleri arasındaki bağı en açık biçimde ortaya koyan veriler ise 30 yıllık bir izlem çalışması sonucunda elde edilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre; babalarıyla soğuk ve mesafeli ilişkileri olduğunu bildiren erkeklerin; babalarıyla güvenli ve sıcak ilişkiler içinde olan diğer erkeklere oranla; bunu izleyen 30 yıl içinde daha sık eş değiştirdikleri ve rastgele cinsel ilişkiye girme eğilimlerinin daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Simpson ve Rholes, 1998).

Ayrıca bağlanma kuramına göre; evlilik dışı bir ilişki gibi dış etmenler söz konusu olmadığında, cinsel istek ketlenmesinin eşlerden birinin diğerini karşı cinsten

ebeveyni yerine koymasından ve çocukluk döneminden taşınmış olan bağımlı – düşman eğilimlerin yetişkin ilişkilere aktararak yaşanmasından kaynaklandığı öne sürülmüştür (Geçtan, 2000).

Tüm bu bilgiler ışığında; ilk bağlanma deneyiminin, sonraki duygusal zincirleri kurma kapasitesini, evlilik problemleri ve çocuklarla yaşanan sorunlar gibi bir dizi yetişkin işlevsizliğini belirleyebilme özelliğinden yola çıkıldığında yetişkin ilişkilerdeki güvensiz bağlanma stillerinin kişinin ilişkilerinden ve yaşamından aldığı doyumu etkilediği açıktır. Bu çalışmanın temel amaçlarından birisi yetişkinlikteki bağlanma stilleri ile vajinismus arasında böyle bir ilişki olup olmadığını değerlendirebilmektir. Ek olarak; yayınlarda bu ilişkiyi araştıran hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır.

Son olarak; Bowlby (1973) çocuğun kendine ve diğerlerine ilişkin olumsuz temsiller oluşturduğunda psikopatolojiye daha yatkın hale geldiğini ileri sürmüştür. Bu temsiller ya da içsel çalışan modeller, yine davranışlarımızı ve deneyimlerimizi düzenleyen bilişsel şemalarla ilişkilendirilebilir. Aynı şekilde Rothbard ve Shaver da (1994) içsel çalışan modellerin birbirleriyle bağlantılı dört ögesinin olduğunu ileri sürmüştür: (a) otobiyografik bellek, (b) inançlar ve tutumlar, (c) amaçlar ve güdüler ve (d) davranış stratejileri. Bilişsel kurama göre bu ögeler aynı zamanda “bilişsel şema” kavramının da içeriğini oluşturmaktadır. Bu açıdan bağlanma kuramındaki “içsel çalışan modeller” kavramının bilişsel kuramdaki “şema” kavramı ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bundan sonraki bölümde bu araştırmanın bir diğer değişkeni olan “temel bilişsel şemalar” ile ilgili kuramsal bilgi verilecektir.

1.3. ŞEMA KURAMI

1.3.1. Şema Kavramı

Bilişsel yaklaşım açısından “şema” kavramı yeni bilgi ile karşılaşmadan önce, halihazırda var olan bilgilerin geri çağrılmaları sırasında yapıcı olarak kullanıma giren ve yeni bilgilerin kodlanmasında etkili olan zihinsel temsilleri tanımlamak için kullanılır. Böylece kişi, yaşadığı olayı otomatik hale gelmiş ve kullanılmak üzere hazır bulundurulan bilgi işleme şekli ile değerlendirir (Safran, Segal, Hill ve Whiffen, 1990).

Bu tanımla şemalar kişinin yaşantısını düzenlemesine / organize etmesine yardımcı olan altta yatan bilişsel yapılar olarak bilgi işleme –örneğin seçici algı – sürecini etkilerler. Böylece birey şemayla uyumlu bilgiyi işlemlerken; şemayla çelişen bilgileri dikkate almaz. Yalnızca şemayı destekleyen kanıtların algılanması, kişinin yaşamında ve ilişkilerinde şemanın sürdürülmesine / devam etmesine yol açmaktadır (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract ve Jordan, 2002).

Bağlanma objeleriyle sürekli tekrarlanan ilişki şekli ise bellekte temsili yapılar içinde organize hale gelmektedir. İnsan, tekrarlanan ve belirli bir düzen içinde olan uyarıları bir arada temsilleştirme eğilimindedir ve bunlar bellekte bir şekilde yer etmektedir (Balkaya, 2005).

Şemaların da bağlanma tarzı gibi, önemli kişilerle çocukluk döneminde kurulan etkileşimler sonucu oluştuğu ve bağlanma objeleriyle olan etkileşimlerin devam etmesi olasılığını arttırarak bireye etkileşimlerini yordama olanağı verdiği düşünülmektedir (Platts, Tyson ve Mason, 2002).

Bir diğer deyişle bağlanmanın kendisine bir “durum / olay” şeması oluşturma olarak bakılabilir. İnsanların dikkat süreçleri tekrarlara, düzene duyarlıdır ve anne-bebek arasındaki etkileşim aynı zamanda “organizma-çevre” etkileşiminin bir biçimidir. Bunun sonucunda dünyaya, önemli diğer kişilere ve kişinin kendisine yönelik bilgileri “kendilik şeması”, “dış dünya şeması”, “diğerleri şeması” şeklinde en temel şemaları oluşturmaktadır (Balkaya, 2005).

Bağlanma biçiminin niteliğine göre; ebeveynler sözel ve sözel olmayan davranışlarla çocuğun diğerlerine ve kendine yönelik farkındalık kazanmasını sağlarlar ve bağlanmanın her patolojik özelliği, “benlik” ve “diğeri” bilgisinin gelişimine mutlaka yansır (Guidano ve Liotti, 1983). Bowlby de (1973) kendine ve diğerlerine ilişkin olumsuz temsiller oluşturduğunda çocuğun psikopatolojiye daha yatkın hale geldiğini ileri sürmüştür.

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, bağlanma stilleriyle kendilik ve diğerleri temsillerinin niteliğini ilişkilendirmeye başlanmıştır. Güvensiz bağlanma tarzı daha olumsuz kendilik ve diğerleriyle ilgili temsillerle ilişkiliyken, güvenli bağlanma tarzı daha olumlu kendilik ve diğerleri ile ilgili temsillerle ilişkili bulunmuştur. Mikulincer (1995) güvenli bağlanan kişilerin güvensiz bağlananlara göre daha dengeli, karmaşık

ve tutarlı bir benlik imgesine sahip olduğunu göstermiştir. Mikulincer ve Horesh (1999) güvensiz bağlanma stiline sahip kişilerin güvenli bağlananlara göre, diğerlerini değerlendirirken daha fazla olumsuz özellik atfettiklerini gözlemlemişlerdir.

Bu açıdan; “benlik ve diğerleri” ilişkisinin genel temsili olan kişilerarası şema; “ilişkileri devam ettirme programı” olarak da tanımlanabilir. Örneğin güvensizlik şeması bilinç dışı bir şekilde kişilerarası etkileşimleri etkileyerek kişinin yalnızca diğerlerinin güvenilir olmadığına dair kanıtları algılamasına yol açmaktadır. Böylece kişi güvenilir olan kişilerin farkına varamamakta ve şema yeni olumsuz kişilerarası deneyimler yaratarak sürmeye devam etmektedir (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract ve Jordan, 2002).

Aynı şekilde, çocuğun içselleştirdiği kendiliğe yönelik bilgiler de (kendilik imgesi) diğerleriyle nasıl bir etkileşim içinde olduğunu ve hatta diğerlerinin ona nasıl tepkiler verdiğini belirlemede anahtar bir rol oynar. Olumsuz kendilik imgesine sahip bir kişi, diğerleriyle olan ilişkilerinde bu imgesini pekiştirecek şekilde davranır ve diğerlerinin davranışlarını eleştiri, düşmanlık ya da ihmal olarak yorumlar. Bu şekilde kurulan yüzeysel ve doyum verici olmayan ilişkilerin ise kişide zaten var olan değersizlik / yetersizlik duygularını pekiştirerek patolojinin bir kısır döngü içinde ilerlemesine yol açtığı düşünülmektedir (Sullivan, 1953; aktaran, Björck ve ark., 2003).

Cyranowski ve Andersen’a göre (2000) cinsel şemalar da, geçmiş yaşantılar sonucu ortaya çıkan benliğin cinsel yönlerinin bilişsel temsilleridir. Cinsel kendilik şeması cinsellikle ilgili bilginin işlenmesine yardım etmekte ve kişinin cinsellikle ilgili duygu ve davranışlarını etkilemektedir.

Olumsuz içerikli cinsel kendilik şeması kişinin uyarılmasını ve ilişkiden doyum almasını engellemektedir. Bu durumla baş etmek için kişi cinsel ilişkiden tamamen kaçınmak ya da cinsel ilişki sırasında sürekli bedenini izlemek gibi tepkiler geliştirir; bu tepkiler ise cinsel şemadan kaynaklanan olumsuz beklentileri artırma ve sürdürmeye katkıda bulunur (Reissing, Laliberte ve Davis, 2005).

Yayınlarla bakıldığında; kendilikle ilgili şemalar; bazen “koşulsuz inançları” (yetersizim), bazen “koşullu inançları” (eğer hata yaparsam insanların bana olan saygısı azalır), bazen de davranış kurallarını (her şeyi mükemmel bir şekilde yapmalıyım) tanımlanmak için kullanılmaktadır (James, Southam ve Blackburn, 2004).

Young (1999) çocuklukta gelişen, kendilik algılayışını, kişisel ilişkileri etkileyen ve pek çok alanda etkili olan bu tip bilişsel inançları *Erken Dönem Uyumsuz Şemalar* (EDUŞ) adı altında yeniden kavramsallaştırmıştır.

1.3.2. Young'ın Şema Kuramı

Young (1999) kendilikle ilgili işlevsel olmayan inançların ebeveynlerle, kardeşlerle ve arkadaşlarla yaşamın ilk yıllarında kurulan olumsuz etkileşimlerin sonucu oluştuğunu düşünmüş; çocukların “gelişimsel görevlerin” üstesinden gelmelerini engelleyen ebeveynlerle olan yaşantıların ve diğer sosyal deneyimlerin, belirli alanlarda sağlıklı olmayan inançların gelişmesine yol açabileceğini söylemiştir.

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

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

Young, EDUŞ'ların bazı özelliklerini şu şekilde sıralamıştır (akt., Batur, 2004):

1. EDUŞ'lar kişinin kendisi ve çevresiyle olan ilişkileri ile ilgili koşulsuz inançlardır. Daha yüzeysel olan sayıtlılar ise “Eğer sevebilirsem, mükemmel olursam, diğer kişiler tarafından beğenilirsem o zaman değerli olurum” gibi koşullara bağlıdır yani kişinin koşullara göre başarabilme olasılığı vardır. Buna karşın EDUŞ'lar koşulsuz ve dolayısıyla daha katıdırlar.

2. EDUŞ'lar kendi kendini devam ettirme özelliği taşırlar. Bu nedenle değişime oldukça dirençlidirler. Çünkü yaşamın erken yaşlarında gelişmişlerdir. Kişinin benlik kavramına ve çevreyle olan ilişkilerine temel oluştururlar. Bunlar kişi için egosuyla uyumlu ve tanındıktır. Şemalara ters düşen bilgilerle karşılaşıldığı zaman kişi bu bilgileri çarpıtarak şemanın geçerliliğini devam ettirir.

3. EDUŞ'lar işlevsel değildirler. Dolaylı ya da doğrudan depresyon, anksiyete bozukluğu, yalnızlık duygusu, ilişkileri sürdürmemeye, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıklara sebep olurlar.

4. EDUŞ'lar çoğunlukla çevresel ve o şema ile ilgili bir olay sonucu aktive olurlar. Örneğin yetersizlik / başarısızlık şeması olan bir kişi için zor bir göreve atanma bu olumsuz şemanın aktive olması için uygun bir durumdur.

5. EDUŞ'lar insanın temel ihtiyaçları ile ilgilidir. Bu nedenle şemalar aktive olduklarında bazı duygular ortaya çıkar.

6. EDUŞ'lar bireyin yaşamının ilk yıllarındaki travmatik olaylardan çok ebeveyn ve arkadaşlar ile etkileşimin sonuçlarına bağlı olarak oluşurlar. Zaman içinde anne-baba ve arkadaşlar ile ilgili bu tür yaşantılarının artması bu şemaları güçlendirmektedir.

Young kendi klinik deneyimlerinden yararlanarak çoğu uzun süreli psikoterapi hastalarıyla yaptığı gözlemlerden çıkardığı 18 tane temel EDUŞ tanımlamış ve bunları 5 kategoride toplamıştır. Bunlar:

1. Kopukluk ve Reddedilmişlik (Disconnection and Rejection)

1. Terk Edilme / İstikrarsızlık (Abandonment / Instability)
2. Güvensizlik / Suistimal Edilme (Mistrust / Abuse)
3. Duygusal Yoksunluk (Emotional Deprivation)
4. Kusurluluk / Utanç (Defectiveness / Shame)
5. Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma (Social Isolation / Alienation)

2. Zedelenmiş Bağımsızlık ve Kendini Ortaya Koyma (Impaired Autonomy and Performance)

6. Bağımlılık / Yetersizlik (Dependence / Incompetence)
7. Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İcinebilirlik (Vulnerability to Harm and Illness)
8. İç İç Geçme ve Gelişmemiş Benlik (Enmeshment and Undeveloped Self)
9. Başarısızlık (Failure to Achieve)

3. Bozulmuş Sınırlar (İmpaired Limits)

- 10. Hak Görme / Burnu Büyüklük (Entitlement / Grandiosity)
- 11. Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin (Insufficient Self-Control / Self-Discipline)

4. Başkaları-Yönelimlilik (Other-Directedness)

- 12. Boyun Eğicilik (Subjugation)
- 13. Kendini Adama / Feda Etme (Self-Sacrifice)
- 14. Onay / Kabul Arama (Approval-Seeking / Recognition-Seeking)

5. Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık (Overvigilance and Inhibition)

- 15. Karamsarlık / Kötümserlik (Negativity / Pessimism)
- 16. Duyguların Bastırılması (Emotional Inhibition)
- 17. Katı Standartlar / Aşırı Eleştiricilik (Unrelenting Standards / Hypercriticalness)
- 18. Cezalandırıcılık (Punitiveness)

18 temel EDUŞ ve 5 temel kategori ile ilgili özet bilgiler aşağıda yer almaktadır. (Young, 2003):

1. Kopukluk ve Reddedilmişlik

Kişi güvenlik, süreklilik, bakım, şefkat, duyguların paylaşılması, kabul edilme ve güven ihtiyaçlarının karşılanmayacağı ile ilgili bir beklenti içindedir. Bu şemanın temelinde genel olarak; ilgisiz, soğuk, reddedici, dışlayıcı, öngörülemez ve ani tepkilerin olduğu, istismar edici bir aile örüntüsü vardır.

1. *Terk Edilme / İstikrarsızlık*

Bu kişide kurulan bağların devam etmeyeceği ve önemli kişiler tarafından verilen duygusal desteğin devam etmeyeceği algısı hakimdir. Önemli diğerlerinden ölüm gibi nedenlerle ayrılacağından ya da terk edileceğinden korkar. İlişki içinde dengesizdir, öngörülemez davranışları vardır ve diğerine abartılı bir önem verir.

2. *Güvensizlik / Suistimal Edilme*

Kişi diğerlerinin can yakacağı, kendisini kötüye kullanacağı, küçük düşüreceği, aldatacağı, yalan söyleyeceği, hile yapacağı ya da istismar edeceği ile ilgili bir beklenti içindedir.

3. *Duygusal Yoksunluk*

Bu şemada kişide duygusal destek ihtiyacının diğerleri tarafından karşılanmayacağı algısı hakimdir. Üç temel yoksunluk ise *bakım yoksunluğu* (ilgi, duygulanım, sıcaklığın yokluğu), *empati yoksunluğu* (anlaşılma, dinlenme, duygu paylaşımının yokluğu) ve *koruma yoksunluğu* (destek, yönlendirme ve rehberliğin yokluğu) şeklinde sıralanabilir.

4. *Kusurluluk / Utanç*

Kişinin kusurlu, kötü, istenmeyen, eksik ve yetersiz olduğuna dair inançları vardır. Bunların diğer insanlar tarafından anlaşılacağına yönelik korku ve utanç duyguları yaşar. Diğerleri tarafından sevilmeyeceğine, eleştirileceğine, suçlanacağına ve kabul edilmeyeceğine inanır.

5. Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma

Kişi, diğer insanlardan farklı olduğunu ve tüm dünyadan kopuk olduğunu, herhangi bir grubun ya da topluluğun bir parçası olmadığını hisseder. Birey, iki kişiyi aşan topluluklarda kendisini rahatsız hisseder.

2. Zedelenmiş Bağımsızlık ve Kendini Ortaya Koyma

Kişinin; ayakta kalma, bağımsız olma ya da işlerin üstesinden gelme yeteneklerini engelleyen kesin beklentileri vardır. Tipik aile kökeni, küçük düşürücü, çocuğun öz-güvenine zarar verici ya da aşırı koruyucudur; ebeveynler çocuğun bağımsız / özgür davranışlarını desteklemekte yetersiz kalmıştır.

6. Bağımlılık / Yetersizlik

Kişi yalnız başına problemlerle baş edemeyeceğine inanır ve sürekli kendisine destek verecek, hatta işleri onun adına yapacak birisini arar. Bu şema genellikle çocuğun aşırı kollandığı, kendi kararlarını almasının engellendiği, kendi işlerini yapmasına izin verilmediği durumlarda ortaya çıkar.

7. Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik

Kişi her an ortaya çıkabileceğini beklediği *tıbbi* (kalp krizi, AIDS vs.), *ruhsal* (delirme, aklını kaybetme vs.) *dışsal* (cinayete kurban gitme, uçak kazası, deprem vs.) felaketlerden bir ya da bir kaçına karşı korku yaşar ve bunlardan kendisini koruyamayacağına inanır.

8. *İç İçe Geçme ve Gelişmemiş Benlik*

Kişi, bir ya da daha fazla önemli kişiye (sıklıkla ebeveyne) karşı aşırı duygusal bağlılık ve yakınlık duyar. Kişi, iç içe olunan bireye destek vermediğinde onun yaşamayacağına ya da mutlu olamayacağına inanır.

9. *Başarısızlık*

Kişi; akademik olarak veya insan ilişkilerinde başarısız olduğuna, olacağına ya da başarı kazanılacak alanlarda diğerlerine göre yetersiz olduğuna inanır. Ayrıca kişi kendisini aptal, beceriksiz ve yeteneksiz olarak görür.

3. **Bozulmuş Sınırlar**

Gerçekçi sınır koyabilen birey kendi dürtülerini kontrol edebilen, diğer insanların ihtiyaçlarını fark edebilen ve tüm bunları uygun ölçülerde yapabilen kişidir. Tipik olarak aşırı hoşgörölü, aşırı düşkün, yönlendirmenin çok az olduğu veya sorumluluk alma, işbirliği gösterme, amaç saptama ile ilgili uygun terbiyenin verilmediği, disiplin ve limitler yerine üstünlük hissinin verildiği ailelerde oluşur. Bu tip şemalara sahip kişi çevreye karşı çok talepkar olmakta, diğer insanların ihtiyaçlarını fark edememekte, karşılıklı duygu alışverişi yapamamakta, kendi dürtü ve davranışlarını kontrol edememektedir.

10. *Hak Görme / Burnu Büyüklük*

Kişi diğer insanlara göre daha üstün olduğuna inanır; güç ve yetki kazanmak için en başarılı, en ünlü veya en zengin olma üzerinde abartılı bir şekilde odaklanır. Kişi her ne koşulda olursa olsun diğerlerinden istediklerinin tümünü almada

ısrarcıdır, diğer insanların ihtiyaçlarını görmez ya da isteklerinin neye mal olacağını fark edemez. Aşırı rekabetçi ve baskın olma isteği içindedir.

11. Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin

Hedeflerine ve isteklerine ulaşmada kişinin engellenme eşiği düşüktür. Duygu ve güdülerini dizginlemekte, sınır koymakta belirgin zorluk çeker ya da bunları dizginlemeyi reddeder.

4. Başkaları-Yönelimlilik

Kişi, kendi ihtiyaçlarına rağmen sevgi ve onay almak, ilişkinin sürmesi, karşı tepkiden kaçınmak için başkalarının istekleri, duyguları ve tepkileri üzerinde aşırı biçimde odaklanır. Kişi kendi duygularının farkında değildir. Bu tip ailelerde genel olarak koşullu sevgi ve kabul görme söz konusudur. Bu ailelerin çoğunda, ebeveynlerin duygusal ihtiyaçları, istekleri veya sosyal kabulleri ve statüleri çocuğun özgün ihtiyaçları ve duygularından daha önemlidir.

12. Boyun Eğicilik

Kişi kendi isteklerinin, düşüncelerinin ve hislerinin başkaları için geçerli ya da önemli olmadığına inanır. Diğerlerini öfkeliendirmemek ya da reddedilmemek için kendi kararlarını, tercihlerini ve duygularını ifade etmekten kaçınır.

13. Kendini Adama / Feda Etme

Kişi diğerlerinin ihtiyaçlarını karşılamak için aşırı fedakarlıkta bulunmak zorunda hisseder ve çoğunlukla bu fedakarlıkları suçluluk hissinden kaçınmak ya da

saygı kazanmak için yapar. Kişi bazen kendi ihtiyaçlarının karşılanmadığı hissine kapılarak küskünlük ve kızgınlık yaşar.

14. Onay / Kabul Arama

Kişi kendinden emin olabilmek, kendisini güvende hissedebilmek için diğerleri tarafından onaylanmaya, fark edilmeye, dikkat çekmeye aşırı ihtiyaç duyar. Reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdır; statüye, sosyal kabule çok önem verir.

5. Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık

Bu tip şemalara sahip olan kişide duyguların bastırılması, katı kuralların hakim olması, performans ya da ahlaki davranışlarla ilgili beklentilerin karşılanmasına aşırı önem verilmesi söz konusudur. Bu şema örüntüsünde mükemmeliyetçilik, detaylara aşırı takılma, hatalardan kaçınma ve kurallara uyma; zevk alma, rahatlama ya da eğlenmekten daha önemlidir. Tipik aile ortamı çocuktan çok şey isteyen, eleştiren ve cezalandırıcı tutumları içerir.

15. Karamsarlık / Kötümserlik

Kişi hayatın olumlu yanlarını göz ardı ederek, sadece olumsuz yönlerine (kayıplar, çatışmalar, hayal kırıklıkları vs.) ısrarlı bir şekilde odaklanır. Hayatında iyi giden şeylerin birden bire kötüye gideceğine dair güçlü bir beklentisi olan kişi bu yüzden sürekli huzursuzluk, endişe ve kararsızlık yaşar.

16. Duyguların Bastırılması

Kişi yanlış yapmak, diğerleri tarafından kabul görmemek, dürtülerini kontrol edememek gibi durumlardan kaçınmak için duygu ve davranışlarını bastırır. Mantıklı olmaya aşırı önem veren kişi duygu ve ihtiyaçlarını özgürce ifade edemez.

17. Katı Standartlar / Aşırı Eleştirecilik

Kişi davranış ve performans olarak çok yüksek ölçütlere ulaşmak gerektiğine inanır ve kendisinden aşırı beklentileri vardır. Kendisine ve çevresine aşırı eleştirel yaklaşan kişi mükemmeliyetçidir ve katı kurallara sahiptir.

18. Cezalandırıcılık

Kişi yaptıkları yanlışlar için insanların cezalandırılması gerektiğine inanır; öfkelenme, acımasızlık, cezalandırıcılık, beklenti ve standartlara uymayan kişilere (kendisi de dahil) katlanamama eğilimi olan bu kişi çoğunlukla tolerans ve hoşgöründen yoksundur.

Psikiyatrik örnekleme EDUŞ'larla ilgili cinsiyet farklılıklarının incelendiği bir araştırmada, kadınlarda *Kendini Adama / Feda Etme*, *İç İçe Geçme* ve *Gelişmemiş Benlik*, *Başarısızlık*, *Terk Edilme / İstikrarsızlık* ve *Kusurluluk / Utanç* şemalarının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bu açıdan bakıldığında *Kendini Adama / Feda Etme* şemasının kültürden etkilendiğini söylemek mümkündür. Özellikle de cinsiyet farklılıkları diğerlerinin ihtiyaçlarının her şeyden önce geldiğinin öğretildiği kültürlerde daha belirgindir. İlginç bir şekilde kadınlar *Hak Görme / Burnu Büyüklük* şemasından en düşük puanı alırken erkekler, *İç İçe*

Geçme ve Gelişmemiş Benlik şemasından en düşük puanı almıştır. Erkeklerin *İç İçe Geçme ve Gelişmemiş Benlik* şemasından düşük puan almaları da, kültürel olarak erkeklerin özerk ve bağımsız olmaları beklentisi ile tutarlı bir bulgu olarak yorumlanmıştır (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract ve Jordan, 2002).

EDUŞ'lar ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada işlevsel olmayan şemalardan 5'inin anksiyete ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Buna göre; *Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik* şeması başta olmak üzere *Terk Edilme / İstikrarsızlık*, *Başarısızlık*, *Duyguların Bastırılması* ve *Kendini Adama / Feda Etme* şemalarının anksiyetenin yordayıcıları olduğu ortaya çıkmıştır. Depresyonla en çok ilişkili olan şemalar ise *Terk Edilme / İstikrarsızlık* ve *Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin* olarak saptanmıştır. *Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin* şemasının maddeleri depresyondaki azalmış enerji ve motivasyon düzeyi gibi depresyon belirtileriyle de ilişkili olması açısından anlamlıdır. Fakat *Terk Edilme / İstikrarsızlık* şeması sadece depresyonla değil anksiyete ile de ilişkilidir ve pek çok vakadaki varyansın büyük bir bölümünü açıklamaktadır. Araştırmacılar bu bulguyu, erken bağlanma deneyimleri sırasında, terk edilmenin veya ebeveyn var olduğunda ve ihmal edici olduğunda bile çeşitli yollarla ihtiyaç duyulan onaylanma ve sevgiyi alma umudunun bulunmamasının yol açtığı çaresizlik duygularına bağlamışlardır. Terk edilme sonucu ortaya çıkan umutsuzluk, çaresizlik ve kayıp duygusu da kişiyi depresyona yatkın hale getirmekte; terk edilme ile ilgili yaşantılar kişinin ilişkilere dair güvenlik algısını bozarak sürekli devam eden kaygıya yol açmaktadır (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract ve Jordan, 2002).

Yapılan başka bir araştırmada depresyon ile *Bağımlılık / Yetersizlik* ve *Kusurluluk / Utanç*; anksiyete ile *Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik* şemaları arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Schmidt, Joiner, Young ve Telch, 1995).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada; bir yeme bozukluğu tanısı alan ya da yeme tutum bozukluğu gösteren grubun *Güvensizlik / Suistimal Edilme, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik, Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin* ve *Katı Standartlar / Aşırı Eleştircilik* şemaları açısından kontrol grubundan farklılaştığı saptanmıştır (Batur, 2004).

206 kadının bağlanma tarzlarına ilişkin zihinsel temsillerini ve temel inançlarını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; *Güvensizlik / Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Terk Edilme / İstikrarsızlık, Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma, Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin* ve *İç İç Geçme ve Gelişmemiş Benlik* anneyle kurulan ilişkinin niteliğini yordarken, *Güvensizlik / Suistimal Edilme, duygusal Duygusal Yoksunluk* ve *Terk Edilme / İstikrarsızlık* şemaları tek başına babayla kurulan ilişkinin niteliğini yordamaktadır. Bu araştırmaya göre bağlanmayı yordayan şemaların çoğu (*Güvensizlik / Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Terk Edilme / İstikrarsızlık* ve *Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma*) **uzaklaşma ve reddedilme** kategorisinin altında yer almaktadır. (Blissett ve ark., 2006).

Son olarak; Cecero, Nelson ve Gillie (2004), *Terk Edilme / İstikrarsızlık* şemasının saplantılı bir romantik ilişkiyi; *Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma, Duygusal Yoksunluk, Terk Edilme / İstikrarsızlık* ve *Boyun Eğicilik* şemalarının kaçınan bir bağlanma tarzını yordadığını, korkulu bir bağlama tarzının da *Güvensizlik / Suistimal Edilme Duygusal Yoksunluk* şemalarıyla ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir.

Sonuç olarak; pek çok psikopatoloji başta olmak üzere cinsel ve kişilerarası alanlarda yaşanan sorunların temelinde; bireyin kendisinin, diğerinin ve kendi ile diğeri arasındaki ilişkinin duygusal değerinin içsel temsillerini içeren *bağlanma sisteminin* ve bu sistemle birlikte oluşan “*benlik*” ve “*diğeri*” bilgisinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu yüzden; Beck tarafından “bilimsel ihmalin ilginç bir örneği” olarak adlandırılan vajinismus ile bağlanma stilleri ve temel bilişsel şemalar arasında bir ilişki olup olmadığı sorusu önemli hale gelmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Söz konusu çalışmada; vajinismus tanısı almış kadınlar ve eşlerindeki bağlanma stillerinin ve erken dönem uyumsuz şemaların standardize edilmiş psikometrik değerlendirme ölçekleri kullanarak karşılaştırma grubuyla kıyaslanması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada yanıt aranacak altı temel soru aşağıda yer almaktadır:

1. Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınlar arasında bağlanma stilleri açısından bir farklılık var mıdır?
2. Eşleri vajinismus tanısı alan ve almayan erkekler arasında bağlanma stilleri açısından bir farklılık var mıdır?
3. Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınlar arasında erken dönemde gelişen uyumsuz şemalar açısından bir farklılık var mıdır?
4. Eşleri vajinismus tanısı alan ve almayan erkekler arasında erken dönemde gelişen uyumsuz şemalar açısından bir farklılık var mıdır?
5. Kadınlardaki hangi bağlanma stilleri ve erken dönem uyumsuz şemalar vajinismus tanısını en iyi şekilde yordamaktadır?
6. Erkeklerdeki hangi bağlanma stilleri ve erken dönem uyumsuz şemalar eşlerindeki vajinismus tanısını en iyi şekilde yordamaktadır?

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR

Araştırmanın tanı grubu Haziran-2007 ve Temmuz-2008 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde vajinismus tanısıyla izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 45 kadın ile eşinden oluşmaktadır. Araştırmanın karşılaştırma grubunu ise tanı grubu ile benzer sosyo-demografik özelliklere sahip, cinsel alanda sorun yaşamadıklarını bildiren 48 gönüllü çift oluşturmaktadır.

En az ilkokul mezunu ve evli olmanın yanı sıra gruplara dahil edilmek için aşağıdaki ölçütler esas alınmıştır:

1. Tanı grubu için; ayrı zamanlarda yapılan birden çok girişime (ya da uygulanan tedavi tekniklerine) rağmen hiç bir vajinal ilişki deneyimi yaşamamış olmak (yapılan psikiyatrik / jinekolojik muayene sonucunda vajinismus tanısı almak).
2. Karşılaştırma grubu için; vajinal penetrasyon deneyiminde sorun tanımlamamak, ağrı şikayeti yaşamıyor olmak.

Yaş ortalaması 25.08 (Ss: 4.57) olan tanı grubundaki kadınların %51.1'i ve yaş ortalaması 29.43 (Ss: 6.80) olan karşılaştırma grubundaki kadınların %31.3'ü 20-25 yaş aralığındadır. Lise ve üniversite mezunu oranı tanı grubunda sırasıyla %42.2 ve %33.3 iken karşılaştırma grubunda bu oranlar sırasıyla %31.3 ve %50'dir. Tanı grubundaki kadınların %55.5'i halen bir işte çalışmaktayken, karşılaştırma grubundaki kadınların %72.9'u çalışmaktadır. Grupların daha ayrıntılı demografik bilgileri Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadınların Demografik Bilgileri

		Tanı Grubu (n=45)		Karşılaştırma Grubu (n=48)	
		N	%	N	%
Yaş	15-19	4	8.9	0	0
	20-25	23	51.1	15	31.3
	26-29	11	24.4	15	31.3
	30-35	7	15.6	8	16.7
	36-39	0	0	6	12.5
	40-45	0	0	1	2.1
	46-56	0	0	3	6.3
	Toplam	45	100	48	100
	Ortaokul	7	15.6	5	10.4
	Lise	19	42.2	15	31.3
	Üniv./Yükseko.	15	33.3	24	50.0
	Lisansüstü	4	8.9	4	8.3
	Toplam	45	100	48	100
Meslek	Çalışmıyor	20	44.4	13	27.1
	Devlet Memuru	11	24.4	19	39.6
	Özel Sektör	14	31.1	16	33.3
	Toplam	45	100	48	100

Yaş ortalaması 28.26 (Ss: 6.54) olan eşi tanı grubundaki erkeklerin %37.8'i ve yaş ortalaması 32.14 (Ss: 7.27) olan eşi karşılaştırma grubundaki erkeklerin %31.3'ü 26-29 yaş aralığındadır. Lise ve üniversite mezunu oranı eşi tanı grubunda olan erkeklerde sırasıyla %28.9 ve %57.8 iken eşi karşılaştırma grubunda olanlar için bu oranlar sırasıyla %33.3 ve %62.5'dir. Eşi karşılaştırma grubunda yer alan erkeklerin tümü halen bir işte çalışmaktayken; eşi tanı grubunda olan erkeklerin %4.4'ü çalışmamaktadır. Grupların daha ayrıntılı demografik bilgileri Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Erkeklerin Demografik Bilgileri

		Tanı Grubu (Eşler) (n=45)		Karşılaştırma Grubu (Eşler) (n=48)	
		N	%	N	%
Yaş	15-19	1	2.2	0	0
	20-25	15	33.3	8	16.7
	26-29	17	37.8	15	31.3
	30-35	6	13.3	13	27.1
	36-39	5	11.1	5	10.4
	40-45	0	0	3	6.3
	46-56	1	2.2	4	8.3
	Toplam	45	100	48	100
Öğrenim Düzeyi	Ortaokul	4	8.9	0	0
	Lise	13	28.9	16	33.3
	Üniv./Yükseko.	26	57.8	30	62.5
	Lisansüstü	2	4.4	2	4.2
	Toplam	45	100	48	100
Meslek	Çalışmıyor	2	4.4	0	0
	Devlet Memuru	19	42.2	25	52.1
	Özel Sektör	24	53.3	23	47.9
	Toplam	45	100	48	100

Kendileri tanışarak evlenen çiftlerin yüzdesi tanı grubunda %71.1, karşılaştırma grubunda %70.8'dir. Tanı grubundaki çiftlerin tümü ve karşılaştırma grubundaki çiftlerin %52.1'i 3 yıldan az bir süredir evlidir. Grupların evlilik bilgileri Tablo 2.3'de gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Çiftlerin Evlilik Bilgileri

		Tanı Grubu (n=45)		Karşılaştırma Grubu (n=48)	
		N	%	N	%
Nasıl Evlendikleri	Kendileri tanışarak	32	71.1	34	70.8
	Kendilerinin ve ailelerinin kararı	9	20.0	11	22.9
	Ailelerinin kararı	4	8.9	3	6.3
	Toplam	45	100	48	100
Kaç Yıllık Evli	1 yıldan az	20	44.4	8	16.7
	1-2 yıl	25	55.6	17	35.4
	3-4 yıl	0	0	9	18.8
	5-6 yıl	0	0	4	8.3
	7-9 yıl	0	0	1	2.1
	10 yıldan fazla	0	0	9	18.8
	Toplam	45	100	48	100

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kişilerin sosyo-demografik özelliklerini, cinsel yaşamlarıyla ilgili bilgileri ve cinsellikle ilgili algılarını değerlendirmek amacıyla *Kişisel Bilgi Formu*, yetişkin bağlanma stillerini değerlendirmek amacıyla *Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – II* ve erken dönem uyumsuz şemalarını değerlendirmek amacıyla *Young Şema Ölçeği* (gözden geçirilmiş uzun form) kullanılmıştır.

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerinin yanı sıra, ilk cinsel deneyimlerini, eşleriyle olan cinsel yaşamlarını, cinsel birleşme, orgazm gibi konulardaki algı ve deneyimlerini incelemek üzere hazırlanmıştır. Katılımcılar tarafından doldurulan ve toplam 40 sorudan oluşan bu anket formundaki sorulardan bazıları açık uçlu, bazıları evet / hayır şeklinde, bazıları ise katılımcıların cevaplardan bir ya da birkaç tanesini seçerek yanıtlayabileceği şekilde hazırlanmıştır (Bkz. Ek 2-3).

2.2.2. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – II (YİYE-II)

Fraley, Waller ve Brennan (2000) tarafından geliştirilen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experience in Close Relationships - Revised), 18'i kaygı (örn., "Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.") 18'i kaçınma (örn., "Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak bana zor gelir.") boyutlarını ölçen toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan, her bir maddenin romantik ilişkilerindeki duygu ve düşüncelerini ne oranda yansıttığını 7'li likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmeleri istenir (1 = hiç katılmıyorum, 7 = tamamen katılıyorum). İlgili boyutları ölçen maddeler ayrı ayrı toplanıp ortalamaları alınarak her bir katılımcı için kaygı ve kaçınma sürekli puanları hesaplanır (Bkz. Ek 4).

Yetişkin bağlanmasında temel boyutları belirlemek amacıyla Brennan, Clark ve Shaver (1998) en sık kullanılan bağlanma ölçeklerini bir araya getirmiş ve ortaya

ıkan 323 maddeli ölçeğe faktör analizi uygulamışlardır. Bu analiz sonucunda araştırmacılar yetişkin bağlanma davranışlarının “bağlanmaya ilişkin kaygı” ve “bağlanmaya ilişkin kaçınma” olarak iki boyutta tanımlanabileceğini göstermişlerdir. Yine bu çalışmanın sonucunda Brennan, Clark ve Shaver (1998) bu iki boyutun da on sekizer maddeyle ölçüldüğü Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri’ni (YİYE, Experiences in Close Relationships Inventory) geliştirmişlerdir.

Brennan, Clark ve Shaver (1998) dört bağlanma stilinin iki boyut üzerine yapılan küme analizi yöntemi ile oluşturulmasını önermişlerdir. Bu analizde her iki boyuttan da düşük puan alanlar (düşük kaygı ve kaçınmaya sahip olanlar) *güvenli*, her iki boyuttan da yüksek puan alanlar *korkulu*, kaygı boyutundan yüksek kaçınma boyutundan düşük puan alanlar *saplantılı* ve kaygı boyutundan düşük kaçınma boyutundan yüksek puan alanlar *kayıtsız* bağlanma stili içinde sınıflandırılmaktadır.

Fraley, Waller ve Brennan (2000) tarafından geliştirilen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II ise (YİYE-II, Experiences in Close Relationships Inventory-II) YİYE’nin madde tepki kuramı temelinde değiştirilmiş halidir. Bu özelliğiyle, madde tepki kuramı temelinde geliştirilen bir bağlanma leğinin daha yüksek ölçüm duyarlılığına sahip olacağı ve ölçülen bağlanma stillerinin srekliiliği ve istikrarı gibi konularda daha güvenilir sonuçlar alınacağı öngörülmüştür.

Brennan ve arkadaşları tarafından oluşturulan madde havuzunu kullanan Fraley, Waller ve Brennan (2000) madde tepki kuramına göre yaptıkları analiz sonucunda en yüksek ayırt etme değerine sahip 18 kaygı ve 18 kaçınma maddesini

seçerek YİYE-II'yi oluşturmuşlardır. Oluşturulan bu yeni ölçeğin 18 kaçınma maddesinin 13'ü ve 18 kaygı maddesinin 6'sı YİYE ölçeğiyle ortak, diğer 17 madde ise YİYE ölçeğinden farklıdır. Fraley, Waller ve Brennan (2000), simülasyon analizleri yoluyla YİYE-II'nin sıklıkla kullanılan diğer bağlanma ölçeklerinden daha yüksek ölçüm duyarlılığına sahip olduğunu göstermişlerdir.

YİYE-II'nin Türkiye'deki standardizasyon çalışmaları Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal (2005) tarafından yapılmıştır. Çeviri aşamasında standart çeviri-tekrar çeviri yöntemi kullanılmış, alandan üç uzman ölçekleri ayrı ayrı Türkçeye çevirdikten sonra tartışmalar sonunda tek bir çeviri üzerinde uzlaşmıştır. Bu Türkçe form daha sonra iki dili de çok iyi konuşabilen bir yüksek lisans öğrencisi tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Karşılaştırmalar sonucunda tutarsızlıklar giderilerek ölçeğe son şekli verilmiştir.

Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal (2005) YİYE-II'nin geçerliğini sınamak amacıyla ölçeğin faktör yapısı ölçeği oluşturan 36 madde üzerinde temel bileşenler (faktör) analizi yapılarak incelemişlerdir. Buna göre; ölçekteki kaçınma boyutuna karşılık gelen birinci faktör toplam varyansın %21.36'sını, kaygı boyutuna karşılık gelen ikinci faktör ise toplam varyansın %16.33'ünü açıklamıştır.

Yine bu araştırmada; YİYE-II'nin faktör yapısının incelenmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi de yapılmıştır. Modeldeki tüm standartlaştırılmış faktör yükleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu değerler kaçınma boyutu için .56 ile .87 arasında, kaygı boyutu için .57 ile .80 arasında değişmektedir. Ayrıca kaygı ve

kaçınma boyutlarını temsil eden iki gizil bileşen arasında .42 oranında yapısal bir ilişki olduğu bulunmuştur (Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal, 2005).

YİYE-II'nin geçerliğini sınamak için yapılan analizlerde özsaygı, ilişki doyumu ve onaylanmama kaygısı ile kaygı boyutunun -.23 ile .55, kaçınma boyutunun ise -.19 ile .17 arasında değişen korelasyonlara sahip oldukları bulunmuştur (Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal, 2005).

YİYE-II'nin gerek kaçınma gerekse kaygı boyutları yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olup, Cronbach alfa katsayıları bu boyutlar için sırasıyla .90 ve .86 olarak saptanmıştır (Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal, 2005).

YİYE-II'nin kaygı ve kaçınma boyutlarının test-tekrar test güvenilirlikleri ise farklı iki zamanda ölçeği dolduran 86 katılımcının verileri kullanılarak yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda kaygı boyutunun .82, kaçınma boyutunun da .81 oranında test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu bulunmuştur (Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal, 2005).

2.2.3. Young Şema Ölçeği (ŞÖ)

Katılımcıların erken dönem uyumsuz şemalarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Young Şema Ölçeği (ŞÖ) 205 maddeden oluşmaktadır. 6'lı likert tipi ölçek üzerinde katılımcıların kendilerinin işaretleyebileceği maddeler “Hiç uygun değil” ile “Tamamen uygun” arasında değişkenlik göstermektedir (Bkz. Ek 5).

Şema Ölçeği'nde yer alan 16 EDUŞ aşağıda sıralanmıştır:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Duygusal Yoksunluk | 9. Hast. ve Teh. Karşısında İncinebilirlik |
| 2. Terk Edilme / İstikrarsızlık | 10. İç İç Geçme ve Gelişmemiş Benlik |
| 3. Güvensizlik / Suistimal Edilme | 11. Boyun Eğicilik |
| 4. Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma | 12. Kendini Adama / Feda Etme |
| 5. Kusurluluk / Utanç | 13. Duyguların Bastırılması |
| 6. Sosyal İstenilmezlik | 14. Katı Standartlar / Aşırı Eleştiricilik |
| 7. Başarısızlık | 15. Hak Görme / Burnu Büyüklük |
| 8. Bağımlılık / Yetersizlik | 16. Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin |

1990 yılında Young'ın klinik deneyimlerine ve gözlemlerine dayanarak geliştirdiği ŞÖ'nün gözden geçirilmiş formu da 1991 yılında yine Young tarafından uyarlanmıştır. Bu araştırma kapsamında ŞÖ'nün gözden geçirilip uyarlanmış formu kullanılmıştır.

Orijinal formun psikometrik özellikleri Schmidt, Joiner, Young ve Telch (1995) tarafından incelenmiştir. İlk yaptıkları çalışmada 1129 üniversite öğrencisinden; ikinci çalışmada ise 532 üniversite öğrencisinden oluşan örneklem üzerinde faktör analizi yapmışlardır. Her iki çalışmada da ortak olarak belirlenen, test tekrar test ve iç tutarlık alfa katsayıları güvenilir düzeyde bulunan 13 faktör şunlardır: “Bağımlılık / Yetersizlik”, “Duygusal Yoksunluk”, “Kusurluluk / Utanç”, “Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin”, “Güvensizlik / Suistimal Edilme”, “Kendini Adama / Feda Etme”, “Katı Standartlar / Aşırı Eleştiricilik”, “Terk Edilme / İstikrarsızlık”, “İç İç Geçme ve

Gelişmemiş Benlik”, “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik”, “Bağımlılık”, “Duyguların Bastırılması”, “Kontrolü Kaybetme Korkusu”. Aynı araştırmada 187 kişiden oluşan klinik örnekleme Young’ın 16 EDUŞ’unun “Sosyal İstenilmezlik” dışında kalan 15’inin faktörlere yüklendiği gözlenmiştir.

ŞÖ’nün orijinal formu Türkçe’ye çevrilmiştir. Bu formun faktör yapısı incelendiğinde büyük ölçüde orijinali ile uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçek ilk pilot çalışmada 176 kişilik üniversite öğrencisine ve ikinci çalışmada 692 kişilik üniversite öğrencisi örnekleme uygulanmıştır. Bu çalışmalarda 13 faktörün 12’si Schmidt, Joiner, Young ve Telch (1995) tarafından yapılan çalışmadaki faktörlerle uyumlu bulunmuştur. Bu faktörler şunlardır: “Kusurluluk / Utanç / Sosyal İstenilmezlik”, “Duygusal Yoksunluk / Terk Edilme / Sosyal Yabancılaşma”, “Yetersiz Öz-Denetim / Öz-Disiplin / Diğerlerine Yönelme”, “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik”, “Katı Standartlar / Mükemmeliyetçilik / Aşırı Kontrol” “Bağımlılık / Onay Arama”, “Güvensizlik”, “Aşırı Eleştiricilik / Cezalandırıcılık”, “Kendini Zarar Görmeden Sakınma”, “Suçluluk ve Ceza”, “Kusurluluk / Yetersizlik” ve “Boyun Eğme / Başarısızlıktır (Sezgin, 1997).

ŞÖ’nün tekrar gözden geçirilip uyarlanmış formunun ise Nilhan Sezgin denetiminde yapılan çeviri çalışmasında öncelikle Bilkent Üniversitesi hazırlık bölümünde çalışan ve her iki dile hakim olan bir okutman tarafından ölçek Türkçeye çevrilmiştir. Bu aşama sonrasında ölçek Young’ın kuramını ve ŞÖ’yü iyi bilen bir uzman tarafından tekrar gözden geçirilmiş; ardından Bilkent Üniversitesi hazırlık bölümünden her iki dili iyi bilen dört okutman tarafından tekrar İngilizceye

çevrilmiştir. Daha sonra bu ölçek iki dili iyi bilen gruplara uygulanarak maddelerin İngilizce ve Türkçe formundan aldıkları puanlar analiz edilerek çevirinin uygunluğuna bakılmıştır. Son şekli verilen ölçeğin faktör yapısına ilişkin çalışma Sezgin tarafından halen sürdürülmektedir.

Batur'un (2004) yeme bozuklukları ile erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisini incelediği araştırmada, Sezgin denetiminde çevirisi yapılan ŞÖ'nün gözden geçirilip uyarlanmış formunun faktör yapısı 860 üniversite ve 466 lise öğrencisinden oluşan bir örneklem üzerinde çalışılmıştır. Bu çalışmada ŞÖ'nün üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemde toplam varyansın %50.3'ünü açıklayan 14 faktör elde edilmiştir. Bu örneklemdeki faktör alt ölçeklerinin iç tutarlık korelasyonlarının .68 ile .95 arasında değiştiği saptanmıştır. Lise öğrencilerinden oluşan örneklemde ise toplam varyansın %58.6'sını açıklayan 14 faktör elde edilmiştir. Bu örneklemdeki faktör alt ölçeklerinin iç tutarlık korelasyonlarının .73 ile .95 arasında değiştiği gözlenmiştir.

Batur (2004), üniversite ve lise öğrencilerinden oluşan örneklemelerin ŞÖ puanları üzerinde ayrı ayrı yaptığı faktör analizinde 10 faktörün maddelerinde ortaklıklar olduğunu saptamıştır. Ortak maddelerden oluşan bu 10 alt ölçeğin iç tutarlık güvenirlikleri yeniden hesaplanmış ve korelasyonların .74 ile .95 arasında değiştiği görülmüştür. En yüksek iç tutarlık değerinin “İstenilmeme / Yetersizlik” ($\alpha=.93$), en düşük iç tutarlık değerinin ise “Duyguların Bastırılması” ($\alpha=.68$) alt ölçeğinde olduğu belirlenen bu 10 faktör şunlardır: “Duygusal Yoksunluk”, “Güvensizlik / Suistimal Edilme”, “İstenilmeme / Yetersizlik”, “Bağımlılık”,

“Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik”, “İç İçe Geçme”, “Fedakarlık”, “Duyguların Bastırılması”, “Katı Standartlar”, “Kendini Kontrolde Yetersizlik”.

Bu araştırmada standardizasyon çalışmaları halen devam eden ŞÖ’nün gözden geçirilmiş formunun Sezgin denetiminde yapılmış Türkçe çevirisi kullanılmış; Batur’un (2004) üniversite ve lise öğrencileri örneklemelerinde iki farklı faktör analizinden elde ettiği 10 ortak faktör alt ölçeği esas alınmıştır.

2.3. İŞLEM

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı poliklinik doktorları tarafından vajinismus tanısı ile izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden çiftler araştırmanın tanı grubuna dahil edilmiştir. Tanı grubu ile benzer sosyo-demografik özelliklere sahip olmasına dikkat edilerek seçilen ve cinsel alanda sorun yaşamadıklarını bildiren gönüllü çiftler ise araştırmanın karşılaştırma grubuna dahil edilmiştir.

Araştırmanın amacına yönelik gerekli bilgilerin ve yönergelerin (Bkz. Ek 1) verilmesinin ardından ölçekler özel bir test odasında, bireysel olarak uygulanmıştır. Bireylerin kendi kendilerine ve kağıt kalem testi şeklinde uyguladıkları testler yaklaşık 1 saat sürmüştür ve katılımcıların kimliklerini belirleyici hiçbir bilgi istenmemiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde Tek Değişkenli Varyans Analizi (ANOVA), Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA), chi-kare ve lojistik regresyon analizleri uygulanmış; anlamlılık düzeyi yüzde 5 olarak kabul edilmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Giriş bölümünün sonunda “Araştırmanın Amacı” başlıklı alt bölümde sıralanan ve bu araştırmada yanıt aranan altı temel soru vardır. Bunlar;

1. Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınlar arasında bağlanma stilleri açısından bir farklılık var mıdır?
2. Eşleri vajinismus tanısı alan ve almayan erkekler arasında bağlanma stilleri açısından bir farklılık var mıdır?
3. Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınlar arasında erken dönemde gelişen uyumsuz şemalar açısından bir farklılık var mıdır?
4. Eşleri vajinismus tanısı alan ve almayan erkekler arasında erken dönemde gelişen uyumsuz şemalar açısından bir farklılık var mıdır?
5. Kadınlardaki hangi bağlanma stilleri ve erken dönem uyumsuz şemalar vajinismus tanısını en iyi şekilde yordamaktadır?
6. Erkeklerdeki hangi bağlanma stilleri ve erken dönem uyumsuz şemalar eşlerindeki vajinismus tanısını en iyi şekilde yordamaktadır?

Bu bölümde ilk olarak “Kişisel Bilgi Formu”ndan elde edilen veriler aktarılacak; daha sonra araştırma soruları doğrultusunda elde edilen verilere uygulanan istatistik analiz sonuçlarına yer verilecektir.

3.1. GRUPLARIN KİŞİSEL BİLGİ FORMU YANITLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Yöntem bölümünden de hatırlanacağı gibi “Kişisel Bilgi Formu” katılımcıların sosyo-demografik bilgilerinin yanı sıra ilk cinsel deneyimlerini; eşleriyle olan cinsel yaşamlarını; cinsel birleşme ve orgazm gibi konulardaki algı ve deneyimlerini incelemek üzere hazırlanmış bir formdur. Tanı ve karşılaştırma grubundaki kadınlar ve eşleri Kişisel Bilgi Formu soruları açısından karşılaştırılmıştır.

3.1.1. Vajinismus Tanı ve Tedavisine İlişkin Bulgular

Tanı grubundaki kadınların vajinismus tanısı alma sürelerine ve tedavi bilgilerine ilişkin yüzdeleri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Vajinismus Tanısı Alan Kadınların Tanı Süresi ve Tedavi Bilgilerine İlişkin Yüzdeleri

Tanı Süresi		N	%
	1 aydan az	14	31.1
	1-6 ay	13	28.9
	6-12 ay	8	17.8
	1-5 yıl	10	22.2
	Toplam	45	100
Tedavi Alıp Almadığı	Evet	22	48.9
	Hayır	23	51.1
	Toplam	45	100

Tablo 3.1’de gösterildiği gibi tanı grubunda araştırmaya katılan kadınların %31.1’i 1 aydan daha az bir süre önce, %28.9’u 1-6 ay önce, %17.8’i 6-12 ay önce, %22.2’si ise 1-5 yıl önce vajinismus tanısı aldığını belirtmiştir. Bu kadınların

%51.1'i hiçbir tedavi almadığını, %48.9'u ise vajinismus tedavisine yönelik tekniklerden bir ya da bir kaçının kendisine uygulandığını bildirmiştir (Tedavi alan gruptaki kadınların tümü “hiç bir vajinal ilişki deneyimi yaşamamış olmak” ölçütünü karşılamaktadır). Tedavi aldığını bildiren kadınların tedavi tekniklerine göre dağılımı ise Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Tedavi Alan Kadınların Tedavi Tekniklerine Göre Dağılımı

Tedavi Teknikleri		(N=22)	%
	Parmak Egzersizi	21	95.5
	Mum	13	59.1
	Penis Başı	10	45.5
	Masturbasyon	9	40.9
	Kegel Egzersizi	8	36.4
	Gevşeme Egzersizi	5	22.7
	İdrar Yolu Enfeksiyon T.	5	22.7
	Mantar Tedavisi	3	13.6
	Himenektomi	3	13.6

Tedavi alan 22 kadından %95.5'ine parmak egzersizi, %59.1'ine mum egzersizi, 45.5'ine penis başı egzersizi, %40.9'una masturbasyon, %36.4'üne kegel egzersizi, %22.7'sine gevşeme egzersizi, %22.7'sine idrar yolu enfeksiyon tedavisi, %13.6'sına vajinal mantar tedavisi, %13.6'sına ise himenektomi uygulandığı saptanmıştır.

3.1.2. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Cinsel Yaşam Bilgileri, Cinsel Tutum ve Algılarındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular

Tanı ve karşılaştırma grubundaki kadın ve erkeklerin Kişisel Bilgi Formu yanıtlarına ilişkin yüzdeleri Tablo 3.3’de gösterilmiştir.

Buna göre fiziksel görünümlelerinden memnun olanların oranı tanı grubundaki kadınlarda %73.3, erkeklerde %84.4 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %93.8, erkeklerde %97.9’dur.

Kadın / erkek olmaktan memnun olanların oranı tanı grubundaki kadınlarda %64.4, erkeklerde %86.7 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %95.8, erkeklerde %100’dür.

Evlenmeden önce yeterli cinsel bilgisi olduğunu belirtenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %48.9, erkeklerde %82.2 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %75, erkeklerde %97.9’dur.

Karşılaştırma grubundaki kadınlar, erkekler ve tanı grubundaki erkeklerden hiçbir evlilik öncesi cinsel taciz yaşantısı bildirmemişken, vajinismus tanısı alan kadınlarda bu oran %11.1’dir.

Tablo 3.3. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Kişisel Bilgi Formu Yanıtlarına İlişkin Yüzdeleri

KİŞİSEL BİLGİ FORMU YANITLARI			Tanı Grubu (N=90)				Karşılaştırma Grubu (N=96)			
			Kadın (n=45)		Erkek (n=45)		Kadın (n=48)		Erkek (n=48)	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Fiziksel görünümünden	Memnunum		33	73.3	38	84.4	45	93.8	47	97.9
	Memnun değilim		7	15.6	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Kararsızım		5	11.1	7	15.6	3	6.3	1	2.1
Kadın / erkek olmaktan	Memnunum		29	64.4	39	86.7	46	95.8	48	100
	Memnun değilim		9	20.0	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Kararsızım		7	15.6	6	13.3	2	4.2	-----	-----
Evlilik öncesi cinsel bilgim	Vardı		22	48.9	37	82.2	36	75.0	47	97.9
	Yoktu		23	51.1	8	17.8	12	25.0	1	2.1
Evlilik öncesi cinsel taciz yaşıntım	Var		5	11.1	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Yok		40	88.9	45	100	48	100	48	100
İlk cinsel deneyimim gerdek gecesinde oldu	Evet		32	71.1	24	53.3	15	31.3	15	31.3
	Hayır		13	28.9	21	46.7	33	68.8	33	68.8
Cinsel konuları rahatlıkla eşimle konuşabilirim	Evet		20	44.4	16	35.6	44	91.7	15	31.3
	Hayır		25	55.6	29	64.4	4	8.3	33	68.8
Cinsel ilişki isteğimi eşim geri çevirdiğinde;	anlayışla karşılarım	Evet	8	17.8	36	80.0	33	68.8	32	66.7
		Hayır	37	82.2	9	20.0	15	31.3	16	33.3
	kendime kızarım	Evet	10	22.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
		Hayır	35	77.8	45	100	48	100	48	100
	eşime kızarım	Evet	12	26.7	10	22.2	1	2.1	10	20.8
		Hayır	33	73.3	35	77.8	47	97.9	38	79.2
Cinsel ilişki sırasında;	eşim daha çok kendisini düşünür	Evet	14	31.1	23	51.1	3	6.3	3	6.3
		Hayır	31	68.9	22	48.9	45	93.8	45	93.8
	eşim beni de düşünür	Evet	6	13.3	3	6.7	8	16.7	6	12.5
		Hayır	39	86.7	42	93.3	40	83.3	42	87.5
	eşim daha çok beni düşünür	Evet	16	35.6	-----	-----	-----	-----	4	8.3
		Hayır	29	64.4	45	100	48	100	44	91.7
	birlikte hareket ederiz	Evet	9	20.0	19	42.2	37	77.1	35	72.9
		Hayır	36	80.0	26	57.8	11	22.9	13	27.1
Cinsel ilişkiden sonra kendimi;	rahat hissederim	Evet	31	68.9	44	97.8	48	100	48	100
		Hayır	14	31.1	1	2.2	-----	-----	-----	-----
	gergin hissederim	Evet	18	40.0	6	13.3	-----	-----	3	6.3
		Hayır	27	60.0	39	86.7	48	100	45	93.8
	kirli hissederim	Evet	9	20.0	2	4.4	2	4.2	1	2.1
		Hayır	36	80.0	43	95.6	46	95.8	47	97.9
	suçlu hissederim	Evet	7	15.6	-----	-----	-----	-----	-----	-----
		Hayır	38	84.4	45	100	48	100	48	100
Cinsel ilişki dengiğinde ilk aklıma gelen;	zevk'tir	Evet	26	57.8	45	100	47	97.9	48	100
		Hayır	19	42.2	-----	-----	1	2.1	-----	-----
	acı'dır	Evet	34	75.6	-----	-----	2	4.2	-----	-----
		Hayır	11	24.4	45	100	46	95.8	48	100
	korku'dur	Evet	25	55.6	-----	-----	1	2.1	-----	-----
		Hayır	20	44.4	45	100	47	97.9	48	100
Bekaretin evliliğe kadar korunması gerektiğine	Katılıyorum		20	44.4	29	64.4	11	22.9	20	41.7
	Katılmıyorum		25	55.6	16	35.6	37	77.1	28	58.3
Gerdek gecesinde mutlaka cinsel ilişkiye girilmesi gerekir	Evet		7	15.6	10	22.2	5	10.4	2	4.2
	Hayır		38	84.4	35	77.8	43	89.6	46	95.8
Orgazm daha çok	Kadın için önemlidir		3	6.7	5	11.1	-----	-----	3	6.3
	Erkek için önemlidir		20	44.4	9	20.0	4	8.3	4	8.3
	İkisi için önemlidir		22	48.9	31	68.9	44	91.7	41	85.4

İlk cinsel deneyimlerini gerdek gecesinde yaşayanların oranı tanı grubundaki kadınlarda %71.1, erkeklerde %53.3 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %31.3, erkeklerde %31.3'dür.

Cinsel konuları eşleriyle rahatlıkla konuşabildiğini belirtenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %44.4, erkeklerde %35.6 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %91.7, erkeklerde %31.3'dür.

Cinsel ilişki istekleri eşleri tarafından geri çevrildiğinde anlayışla karşılayanların oranı tanı grubundaki kadınlarda %17.8, erkeklerde %80 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %68.8, erkeklerde %66.7'dir. Vajinismus tanısı alan kadınlardan %22.2'si cinsel ilişki istekleri geri çevrildiğinde kendilerine karşı kızgınlık yaşarken; karşılaştırma grubundaki kadınlar, erkekler ve tanı grubundaki erkeklerden hiçbiri bu yönde yanıt vermemiştir. Geri çevrildiğinde eşine karşı kızgınlık yaşayanların oranı tanı grubundaki kadınlarda %26.7, erkeklerde %22.2 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %2.1, erkeklerde %20.8'dir.

Cinsel ilişki sırasında "eşim daha çok kendisini düşünür" diyenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %31.1, erkeklerde %51.1 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %6.3, erkeklerde %6.3'dür. "Eşim beni de düşünür" diyenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %13.3, erkeklerde %6.7 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %16.7, erkeklerde %12.5'dir. "Eşim daha çok beni düşünür" diyenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %35.6 ve karşılaştırma grubundaki erkeklerde %8.3'dür; tanı grubundaki erkekler ile karşılaştırma grubundaki kadınlardan hiç

kimse bu yönde yanıt vermemiştir. Cinsel ilişki sırasında “birlikte hareket ederiz” diyenlerin oranı ise tanı grubundaki kadınlarda %20, erkeklerde %42.2 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %77.1, erkeklerde %72.9’dur.

Cinsel ilişkiden sonra kendisini rahat hissedenenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %68.9, erkeklerde %97.8 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %100, erkeklerde %100’dür. Kendisini gergin hissedenenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %40, erkeklerde %13.3 ve karşılaştırma grubundaki erkeklerde %6.3 iken karşılaştırma grubundaki kadınlardan hiçbiri bu yönde yanıt vermemiştir. Cinsel ilişkiden sonra kendisini kirli hissedenenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %20, erkeklerde %4.4 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %4.2, erkeklerde %2.1’dir. Vajinismus tanısı alan kadınlardan %15.6’sı cinsel ilişkiden sonra kendisini suçlu hissederken; karşılaştırma grubundaki kadınlar, erkekler ve tanı grubundaki erkeklerden hiçbiri bu yönde yanıt vermemiştir.

Cinsel ilişki dendiğinde ilk akıllarına gelen şeyin zevk olduğunu söyleyenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %57.8, erkeklerde %100 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %97.9, erkeklerde %100’dür. Cinsel ilişki dendiğinde ilk akıllarına gelen şeyin acı ve korku olduğunu söyleyenlerin oranı sırasıyla tanı grubundaki kadınlarda %75.6, %55.6; karşılaştırma grubundaki kadınlarda %4.2, %2.1 iken tanı ve karşılaştırma grubundaki erkeklerden hiçbiri bu yönde yanıt vermemiştir.

Evliliğe kadar bekaretin korunması gerektiğine inananların oranı tanı grubundaki kadınlarda %44.4, erkeklerde %64.4 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %22.9, erkeklerde %41.7'dir.

Gerdek gecesinde mutlaka cinsel ilişkiye girilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %15.6, erkeklerde %22.2 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %10.4, erkeklerde %4.2'dir.

Orgazmın kadın için daha önemli olduğunu söyleyenlerin tanı grubundaki kadınlarda %6.7, erkeklerde %11.1 ve karşılaştırma grubundaki erkeklerde %6.3 iken karşılaştırma grubundaki kadınlardan hiçbiri bu yönde yanıt vermemiştir. Orgazmın erkek için daha önemli olduğunu düşünenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %44.4, erkeklerde %20 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %8.3, erkeklerde %8.3'dür. Orgazmın hem kadın hem erkek için önemli olduğunu söyleyenlerin oranı tanı grubundaki kadınlarda %48.9, erkeklerde %68.9 ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda %91.7, erkeklerde %85.4'tür.

3.1.2.1. Chi-Kare ve Regresyon Analizi Sonuçları

Bu çalışmada vajinismus tanısını etkileyen faktörleri belirlemek için Kişisel Bilgi Formu yanıtlarına lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Daha önce lojistik regresyon analizi için yol gösterici olması açısından tanı grubundaki kadınlar (n=45), tanı grubundaki erkekler (n=45), karşılaştırma grubundaki kadınlar (n=48) ve

karşılaştırma grubundaki erkekler (n=48) olmak üzere dört grubun Kişisel Bilgi Formu yanıtlarına chi-kare analizi uygulanmıştır.

Chi-kare analizi sonuçlarına göre; “**cinsel ilişki sırasında eşim beni de düşünür**” yanıtı dışındaki tüm faktörlerin dört grup arasında anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre dört grup arasında; **fiziksel görünümlerinden** [$\chi^2_{(6)}=29.358$, $p<.05$], **kadın / erkek olmaktan** [$\chi^2_{(6)}=41.646$, $p<.05$] **memnun olma** düzeyleri; **evlilik öncesi cinsel bilginin varlığı** [$\chi^2_{(3)}=32.060$, $p<.05$], **evlilik öncesi cinsel taciz** yaşantılarının varlığı [$\chi^2_{(3)}=16.099$, $p<.05$], ilk cinsel ilişkilerini **gerdek gecesinde** gerçekleştirmiş olmaları [$\chi^2_{(3)}=20.786$, $p<.05$], **cinsel konuları rahatlıkla eşleriyle konuşabilmeleri** [$\chi^2_{(3)}=56.600$, $p<.05$], eşleri bu isteği geri çevirdiğinde **anlayışla karşılama** [$\chi^2_{(3)}=42.732$, $p<.05$], **kendine kızma** [$\chi^2_{(3)}=33.114$, $p<.05$] ve **eşlerine kızma** [$\chi^2_{(3)}=11.454$, $p<.05$] tepkileri, cinsel ilişki sırasında “**eşim daha çok kendisini düşünür**” [$\chi^2_{(3)}=36.825$, $p<.05$], “**eşim daha çok beni düşünür**” [$\chi^2_{(3)}=40.345$, $p<.05$], “**birlikte hareket ederiz**” [$\chi^2_{(3)}=40.632$, $p<.05$] yanıtını vermeleri, cinsel ilişkiden sonra kendilerini **rahat** [$\chi^2_{(3)}=42.730$, $p<.05$], **gergin** [$\chi^2_{(3)}=34.396$, $p<.05$], **kirli** [$\chi^2_{(3)}=13.495$, $p<.05$] ya da **suçlu** [$\chi^2_{(3)}=22.791$, $p<.05$] hissetmeleri, cinsel ilişki dendiğinde akıllarına gelen ilk şeyin **zevk** [$\chi^2_{(3)}=61.403$, $p<.05$], **acı** [$\chi^2_{(3)}=120.474$, $p<.05$] ya da **korku** [$\chi^2_{(3)}=85.453$, $p<.05$] olması, evleninceye kadar **bekaretin korunması** [$\chi^2_{(3)}=16.414$, $p<.05$] ve **gerdek gecesinde mutlaka cinsel ilişkiye girilmesi** [$\chi^2_{(3)}=7.283$, $p<.05$] gerektiğine dair inançları **orgazmın kimin için daha önemli olduğuna** dair düşünceleri [$\chi^2_{(6)}=31.875$, $p<.05$] açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Bir sonraki aşamada yapılan lojistik regresyon analizinde (kendisinde / eşinde) vajinismus tanısının olup-olmaması bağımlı değişken; vajinismus tanısı üzerinde etkili olduğu düşünülen ve chi-kare analizi sonucunda istatistiksel anlamlı ilişki elde edilen Kişisel Bilgi Formu yanıtları ise bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır.

Kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 3.4'te gösterilmiştir. Buna göre **cinsel ilişki dendiğinde akıllarına ilk gelen şeyin acı** (OR=129.389; %95 CI=20.011-836.622) ve **korku** (OR=122.855; %95 CI=11,476-1315.186) olmasının kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır. Kadınların eşlerinin ise **fiziksel görünümlerinden memnun olmalarının** (OR=.051; %95 CI=.004-.593) ve **cinsel konuları eşleriyle rahatlıkla konuşabilmelerinin** (OR=.043; %95 CI=.010-.176) kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını azalttığı, yine erkeklerdeki “**cinsel ilişki sırasında eşinin daha çok kendisini düşündüğü**” algısının (OR=27.737; %95 CI=5.896-130.493) kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını istatistiksel olarak arttırdığı belirlenmiştir.

Ortaya çıkan model sonuçlarında kadınlar için -2 Log Likelihood (OLASILIK) değeri 41.543, Cox & Snell R^2 değeri .609, Nagelkerke R^2 değeri .812 ve erkekler için -2 Log Likelihood (OLASILIK) değeri 66.081, Cox & Snell R^2 değeri .491, Nagelkerke R^2 değeri .654 olarak elde edilmiştir. Ayrıca, kadınlar [$X^2_{(2)}=87.286$, $p<.05$] ve erkekler [$X^2_{(2)}=62.748$, $p<.05$] için ortaya çıkan chi-kare değerlerinden her iki modelin uyum iyiliğinin sağlandığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.4. Vajinismus Tanısının Yordanması için Kadın ve Erkek Katılımcıların Kişisel Bilgi Formu Yanıtlarına Uygulanan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Değişkenler İleriye Doğru (Wald) Metoduna Göre Regresyon Denklemine Giren Değişkenlerdir)

Değişken (Regresyon denklemine giriş sırasına göre)	Cinsiyet	β	Standart Hata	Wald	Hata Varyansı (s.d)	p	Exp (β) (OR)	Exp (β) için % 95 Güven Aralığı (CI)	
								Alt	Üst
Cinsel ilişki dendiğinde ilk aklıma gelen acıdır	Kadın	4.863	.952	26.073	1	.000	129.389	20.011	836.622
	Erkek	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Cinsel ilişki dendiğinde ilk aklıma gelen korkudur	Kadın	4.811	1.210	15.820	1	.000	122.855	11.476	1315.186
	Erkek	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Fiziksel görünümünden memnunum	Kadın	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Erkek	-2.975	1.251	5.656	1	.017	.051	.004	.593
Cinsel konuları rahatlıkla eşimle konuşabilirim	Kadın	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Erkek	-3.156	.725	18.964	1	.000	.043	.010	.176
Cinsel ilişki sırasında eşim daha çok kendisini düşünür	Kadın	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Erkek	3.323	.790	17.687	1	.000	27.737	5.896	130.493

Uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda kadınlar ve erkekler için ortaya çıkan modellerin tanı ve karşılaştırma gruplarını ayırt edebilme gücü Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

Tablo 3.5. Lojistik Regresyon Analizi Gruplama Tablosu

Gerçek Grup Üyelikleri		Yordanan Grup Üyelikleri		Doğru Gruplanan
		Tanı Grubu	Karşılaştırma Grubu	
Tanı Grubu	Kadın	42	3	93.3
	Erkek	40	5	88.9
Karşılaştırma Grubu	Kadın	3	45	93.8
	Erkek	8	40	83.3
Toplam	Kadın			93.5
	Erkek			86.0

Gruplandırma tablosu incelendiğinde kadınlar için ortaya çıkan modelde yer alan 2 açıklayıcı değişkenin (cinsel ilişki dendiğinde ilk akıllarına gelen şeyin acı ve korku olmasının) grupları doğru atama oranı %93.5 olarak görülmektedir.

Erkekler için ortaya çıkan modelde yer alan 3 açıklayıcı değişkenin ise (fiziksel görünümlerinden memnun olmamaları, cinsel konuları eşleriyle rahatlıkla konuşamamaları ve cinsel ilişki sırasında eşlerinin daha çok kendilerini düşündüğünü algılamaları) grupları doğru atama oranı %86 olarak görülmektedir.

3.2. GRUPLARIN BAĞLANMA STİLLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

3.2.1. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Kaygı – Kaçınma Puanlarındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular

Katılımcıların YİYE-II'den elde edilen kaygı ve kaçınma puanlarının cinsiyete ve (kendisinde / eşinde) vajinismus tanısı olup olmamasına göre nasıl değiştiğini belirleyebilmek amacıyla yaşın ve evlilik süresinin etkisi çıkarılarak cinsiyet (2) × vajinismus tanısı (2) bağımsız örneklem grubu desenine uygun Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA) yapılmıştır.

MANCOVA sonucunda yaş temel etkisi, evlilik yılı temel etkisi, cinsiyet temel etkisi, tanı temel etkisi ve cinsiyet – tanı ortak etkisine ait Wilk's lambda değerlerine bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.

YİYE-II'den elde edilen kaygı ve kaçınma puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 3.6'da gösterilmiştir.

Tablo 3.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – II Alt Ölçeklerine Ait Puanların Ortalamaları (Bu ortalamalara ait standart sapmalar parantez içinde gösterilmiştir)

		Tanı ve Cinsiyet Ortak Etkisi		Cinsiyet Temel Etkisi	Tanı Temel Etkisi	
		Vajinismus Tanısı Var	Vajinismus Tanısı Yok		Vajinismus Tanısı Var	Vajinismus Tanısı Yok
Kaygı	Kadın	n=45 71.77 (16.32)	n=48 65.20 (18.18)	N=93 68.38 (17.52)	N=90 71.04 (19.01)	N=96 64.38 (17.46)
	Erkek	n=45 70.31 (21.52)	n=48 63.56 (16.87)	N=93 66.82 (19.45)		
Kaçınma	Kadın	n=45 74.71 (14.82)	n=48 74.22 (15.01)	N=93 74.46 (14.84)	N=90 76.24 (15.40)	N=96 72.96 (16.41)
	Erkek	n=45 77.77 (15.98)	n=48 71.70 (17.77)	N=93 (74.64) (17.11)		

Tablo 3.6’da gösterilen ortalamalar arasında anlamlı farklar olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA) sonuçları Tablo 3.7’de gösterilmiştir.

Tablo 3.7. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – II Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlara Uygulanan Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA) Sonuçları (Bu tabloda tüm temel ve ortak etkiler için %5 I. Tip Hata Olasılığı ile anlamlı olan F değerleri gösterilmiştir)

Bağımlı Değişken	Cinsiyet (A) Sd:1-180	Tanı (B) Sd:1-180	A X B Sd:1-180	Hata Varyansı
Kaygı	-----	3.957	-----	336.499
Kaçınma	-----	-----	-----	253.416

“**Kaygı**” puanlarına yapılan analiz sonucunda tanı grubunda yer almanın temel etkisi anlamlıdır ($F_{1-180}=3.957$; $p<.05$). Tanı grubu ortalamaları ($\bar{x}=71.04$) ile

karşılaştırma grubu ortalamaları ($\bar{x}=64.38$) incelendiğinde; tanı grubu ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.7’de “**kaygı**” puanları için cinsiyet temel etkisi ve cinsiyet-tanı ortak etkisinin; “**kaçınma**” puanları için ise hiçbir temel ve ortak etkinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu bulgu sözü edilen değişkenler açısından gruplar arasında fark olmadığını ortaya koymaktadır.

3.2.2. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Bağlanma Stillerindeki Farklılıklara İlişkin Bulgular

Grupların bağlanma stillerine ait sınıflandırılmasını yapmak amacıyla katılımcıların YİYE-II’nin kaygı ve kaçınma boyutlarından aldıkları puanlara Brennan, Clark ve Shaver (1998) tarafından önerilen küme analizi tekniği uygulanmıştır. Bu analizde her iki boyuttan da ortancanın altında puan alanlar (düşük kaygı ve kaçınmaya sahip olanlar) güvenli, her iki boyuttan da ortancanın üstünde puan alanlar korkulu, kaygı boyutundan ortancanın üstünde, kaçınma boyutundan ortancanın altında puan alanlar saplantılı ve kaygı boyutundan ortancanın altında, kaçınma boyutundan ortancanın üstünde puan alanlar kayıtsız bağlanma stili içinde sınıflandırılmıştır.

Grupların bağlanma stillerine göre kaygı, kaçınma puanlarının ortalama ve standart sapmaları Tablo 3.8’de gösterilmiştir.

Tablo 3.8. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Bağlanma Stillerine Göre Kaygı, Kaçınma Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları

		KAYGI X=67.60 Ss=18.48 Ort=67				KAÇINMA X=74.55 Ss=15.97 Ort=76			
Bağlanma Stilleri	Cinsiyet	Tanı Grubu		Karşılaştırma Grubu		Tanı Grubu		Karşılaştırma Grubu	
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Güvenli	Kadın	54.33	5.90	50.85	12.14	60.60	10.04	66.85	7.42
	Erkek	52.80	9.06	49.52	9.03	55.90	6.69	52.76	11.89
Korkulu	Kadın	86.70	10.14	83.38	12.52	88.47	6.06	89.84	7.63
	Erkek	92.78	12.20	83.83	10.46	89.42	6.45	91.16	4.36
Saplantılı	Kadın	74.81	8.21	80.33	9.50	69.36	5.60	51.50	9.31
	Erkek	80.66	11.21	75.00	5.34	68.66	6.12	68.12	.99
Kayıtsız	Kadın	59.00	11.31	60.77	7.42	93.00	12.72	83.22	6.39
	Erkek	50.91	9.98	54.81	7.09	89.25	9.49	82.36	6.12

Tanı ve karşılaştırma grubundaki kadın ve erkeklerin bağlanma stiline göre dağılımları Tablo 3.9’da gösterilmiştir.

Tablo 3.9. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Bağlanma Stillerine Göre Dağılımları

BAĞLANMA STİLLERİ	Tanı Grubu (N=90)				Karşılaştırma Grubu (N=96)			
	Kadın (n=45)		Erkek (n=45)		Kadın (n=48)		Erkek (n=48)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Güvenli	15	33.3	10	22.2	20	41.7	17	35.4
Korkulu	17	37.8	14	31.1	13	27.1	12	25.0
Saplantılı	11	24.4	8	17.8	6	12.5	8	16.7
Kayıtsız	2	4.4	13	28.9	9	18.8	11	22.9

Tablo 3.9’da vajinismus tanısı alan kadınların %33’ünün güvenli, %37.8’inin korkulu, %24.4’ünün saplantılı, %4.4’ünün kayıtsız; vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinin %22.2’sinin güvenli, %31.1’inin korkulu, %17.8’inin saplantılı,

%28.9'unun kayıtsız; karşılaştırma grubundaki kadınların %41.7'sinin güvenli, %27.1'inin korkulu, %12.5'inin saplantılı, %18.8'inin kayıtsız; karşılaştırma grubundaki kadınların eşlerinin %35.4'ünün güvenli, %25'inin korkulu, %16.7'sinin saplantılı, %22.9'unun kayıtsız bağlanma stillerine sahip oldukları görülmektedir.

Bundan sonraki aşamada; “vajinismus tanısı alan kadınlar”, “vajinismus tanısı alan kadınların eşleri”, “karşılaştırma grubundaki kadınlar” ve “karşılaştırma grubundaki erkeklerden” oluşan dört grup ile dört bağlanma stili arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Yapılan chi-kare analizi sonuçları ve ortaya çıkan Kontenjans Katsayısı ($C = .264$) dört bağlanma stili açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Bir sonraki adımda; chi-kare analizi her bir bağlanma stili için ayrı ayrı yapıldığında; **kayıtsız bağlanma stili** için “kadınlar”(n=93) ile “erkekler”(n=93) [$\chi^2_{(1)}=5.068$, $p<.05$] ve “vajinismus tanısı alan kadınlar” (n=45), “vajinismus tanısı alan kadınların eşleri” (n=45), “karşılaştırma grubundaki kadınlar” (n=48) ile “karşılaştırma grubundaki erkekler” (n=48) [$\chi^2_{(3)}=9.601$, $p<.05$] arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara göre kayıtsız bağlanma stili tanısı ve karşılaştırma grubundaki erkeklerde kadınlardan daha sık görüldüğü; her iki gruptaki erkeklerdeki dağılıma bakıldığında ise kayıtsız bağlanma stili tanısı grubundaki erkeklerde karşılaştırma grubundaki erkeklerden daha sık görüldüğü anlaşılmaktadır. Bunun dışında **güvenli, korkulu ve saplantılı** bağlanma stilleri açısından gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

3.3. GRUPLARIN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

3.3.1. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Erken Dönem Uyumsuz Şemalarındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular

Bu araştırmada cevap aranan bir diğer soru tanı ve karşılaştırma grubundaki kadınlarda ve eşlerinde erken dönemde gelişen bilişsel şemalarda farklılık olup olmadığıdır. Bu amaç doğrultusunda yapılan analizlerde Batur (2004) tarafından oluşturulmuş faktör alt ölçekleri esas alınmıştır. Bunlar; “Duygusal Yoksunluk”, “Güvensizlik / Suistimal Edilme”, “İstenilmeme / Yetersizlik”, “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik”, “Bağımlılık”, “İç İççe Geçme”, “Fedakarlık”, “Duyguların Bastırılması”, “Katı Standartlar” ve “Kendini Kontrolde Yetersizlik” alt ölçekleridir.

Katılımcıların ŞÖ alt ölçeklerinden elde edilen puanların cinsiyete ve (kendisinde / eşinde) vajinismus tanısı olup olmamasına göre nasıl değiştiğini belirleyebilmek amacıyla yaşın ve evlilik süresinin etkisi çıkarılarak cinsiyet (2) × vajinismus tanısı (2) bağımsız örneklem grubu desenine uygun Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA) yapılmıştır.

MANCOVA sonucunda yaş temel etkisi (Wilk’s lambda: .743, $F_{1-180}=5.913$; $p<.05$), evlilik yılı temel etkisi (Wilk’s lambda: .828, $F_{1-180}=3.546$; $p<.05$), cinsiyet temel etkisi (Wilk’s lambda: .435, $F_{1-180}=22.179$; $p<.05$), tanı temel etkisi (Wilk’s

lambda: .322, $F_{1-180}=35.961$; $p<.05$) ve cinsiyet – tanı ortak etkisi (Wilk's lambda: .641, $F_{1-180}=9.565$; $p<.05$) açısından gruplar arasında anlamlı farklar saptanmıştır.

ŞÖ alt ölçeklerinden elde edilen puanların ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 3.10'da gösterilmiştir.

Tablo 3.10. Şema Ölçeği Alt Ölçeklerine Ait Puanların Ortalamaları (Bu ortalamalara ait standart sapmalar parantez içinde gösterilmiştir)

		Tanı ve Cinsiyet Ortak Etkisi		Cinsiyet Temel Etkisi	Tanı Temel Etkisi	
		Vajinismus Tanısı Var	Vajinismus Tanısı Yok		Vajinismus Tanısı Var	Vajinismus Tanısı Yok
Duygusal Yoksunluk	Kadın	n=45 24.15 (11.75)	n=48 23.60 (12.62)	N=93 23.87 (12.14)	N=90 23.00 (10.39)	N=96 24.85 (12.56)
	Erkek	n=45 21.84 (8.80)	n=48 26.10 (12.51)	N=93 24.04 (11.02)		
Güvensizlik / Suistimal Edilme	Kadın	n=45 55.13 (22.40)	n=48 40.52 (13.31)	N=93 47.59 (19.61)	N=90 50.92 (19.59)	N=96 41.55 (17.35)
	Erkek	n=45 46.71 (15.43)	n=48 42.58 (20.72)	N=93 44.58 (18.37)		
İstenilmeme / Yetersizlik	Kadın	n=45 23.48 (8.01)	n=48 18.08 (7.11)	N=93 20.69 (7.99)	N=90 24.27 (10.82)	N=96 18.01 (7.03)
	Erkek	n=45 25.06 (13.09)	n=48 17.93 (7.03)	N=93 21.38 (10.95)		
Bağımlılık	Kadın	n=45 12.82 (4.41)	n=48 7.02 (2.99)	N=93 9.82 (4.73)	N=90 11.85 (5.27)	N=96 6.57 (2.70)
	Erkek	n=45 10.88 (5.91)	n=48 6.12 (2.32)	N=93 8.43 (5.02)		
Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik	Kadın	n=45 8.71 (3.92)	n=48 7.64 (2.82)	N=93 8.16 (3.42)	N=90 7.97 (3.93)	N=96 7.23 (2.99)
	Erkek	n=45 7.24 (3.85)	n=48 6.83 (3.13)	N=93 7.03 (3.48)		
İç İç Geçme	Kadın	n=45 22.40 (6.70)	n=48 21.91 (8.11)	N=93 22.15 (7.43)	N=90 24.65 (9.62)	N=96 19.17 (7.71)
	Erkek	n=45 26.91 (11.48)	n=48 16.43 (6.24)	N=93 21.50 (10.51)		
Fedakarlık	Kadın	n=45 55.26 (17.45)	n=48 44.95 (15.58)	N=93 49.94 (17.22)	N=90 49.90 (17.49)	N=96 37.06 (15.43)
	Erkek	n=45 44.53 (15.99)	n=48 29.16 (10.55)	N=93 36.60 (15.45)		
Duyguların Bastırılması	Kadın	n=45 9.55 (3.23)	n=48 6.37 (2.62)	N=93 7.91 (3.32)	N=90 9.57 (4.07)	N=96 6.96 (3.26)
	Erkek	n=45 9.60 (4.81)	n=48 7.56 (3.72)	N=93 8.54 (4.38)		
Katı Standartlar	Kadın	n=45 35.22 (12.79)	n=48 28.14 (8.92)	N=93 31.56 (11.47)	N=90 33.27 (12.89)	N=96 30.38 (11.71)
	Erkek	n=45 31.33 (12.84)	n=48 32.62 (13.69)	N=93 32.00 (13.23)		
Kendini Kontrolde Yetersizlik	Kadın	n=45 41.57 (12.67)	n=48 30.58 (10.52)	N=93 35.90 (12.80)	N=90 38.93 (14.65)	N=96 31.38 (14.68)
	Erkek	n=45 36.28 (16.11)	n=48 32.18 (17.99)	N=93 34.17 (17.14)		

Tablo 3.10’da gösterilen ortalamalar arasında anlamlı farklar olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA) sonuçları Tablo 3.11’de gösterilmiştir.

Tablo 3.11. Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlara Uygulanan Çok Değişkenli Karışık Varyans Analizi (MANCOVA) Sonuçları (Bu tabloda tüm temel ve ortak etkiler için %5 I. Tip Hata Olasılığı ile anlamlı olan F değerleri gösterilmiştir)

Bağımlı Değişken	Cinsiyet (A) Sd:1-180	Tanı (B) Sd:1-180	A X B Sd:1-180	Hata Varyansı
Duygusal Yoksunluk	-----	-----	-----	134.548
Güvensizlik / Suistimal Edilme	-----	10.639	-----	335.366
İstenilmeme / Yetersizlik	-----	17.878	-----	80.271
Bağımlılık	-----	66.427	-----	15.336
Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik	-----	-----	-----	11.942
İç İç Geçme	-----	16.711	18.232	66.224
Fedakarlık	31.050	27.191	-----	229.246
Duyguların Bastırılması	4.058	21.061	-----	12.996
Katı Standartlar	-----	-----	5.515	149.660
Kendini Kontrolde Yetersizlik	-----	11.892	-----	208.566

Yapılan analizler sonucunda; **“fedakarlık”** ($F_{1-180}=31.050$; $p<.05$) ve **“duyguların bastırılması”** ($F_{1-180}=4.058$; $p<.05$) puanlarına *cinsiyet temel etkisinin* anlamlı olduğu saptanmıştır. Kadınların **“fedakarlık”** puan ortalamaları $\bar{x}=49.94$, erkeklerin ise $\bar{x}=36.60$ ’tır. **“Duyguların bastırılması”** puan ortalamaları ise kadınlarda $\bar{x}=7.91$ ve erkeklerde $\bar{x}=8.54$ ’tür. Bu sonuçlara göre; kadınların **“fedakarlık”** puan ortalamaları erkeklere göre; erkeklerin **“duyguların bastırılması”** puan ortalamaları ise kadınlara göre daha yüksektir.

Tablo 3.11’de görüldüğü gibi; **“güvensizlik / suistimal edilme”** ($F_{1-180}=10.639$; $p<.05$), **“istenilmeme / yetersizlik”** ($F_{1-180}=17.878$; $p<.05$), **“bağımlılık”** ($F_{1-180}=66.427$; $p<.05$), **“iç içe geçme”** ($F_{1-180}=16.711$; $p<.05$), **“fedakarlık”** ($F_{1-180}=27.191$; $p<.05$), **“duyguların bastırılması”** ($F_{1-180}=21.061$; $p<.05$) ve **“kendini kontrolde yetersizlik”** ($F_{1-180}=11.892$; $p<.05$) puanlarına yapılan analizler sonucunda *tanı* grubunda yer almanın *temel etkisi* anlamlıdır. **“Güvensizlik / suistimal edilme”** puanlarının *tanı* grubu ortalamaları $\bar{x}=50.92$, karşılaştırma grubu ortalamaları $\bar{x}=41.55$; **“istenilmeme / yetersizlik”** puanlarının *tanı* grubu ortalamaları $\bar{x}=24.27$, karşılaştırma grubu ortalamaları $\bar{x}=18.01$; **“bağımlılık”** puanlarının *tanı* grubu ortalamaları $\bar{x}=11.85$, karşılaştırma grubu ortalamaları $\bar{x}=6.57$; **“iç içe geçme”** puanlarının *tanı* grubu ortalamaları $\bar{x}=24.65$, karşılaştırma grubu ortalamaları $\bar{x}=19.17$; **“fedakarlık”** puanlarının *tanı* grubu ortalamaları $\bar{x}=49.90$, karşılaştırma grubu ortalamaları $\bar{x}=37.06$ ve **“kendini kontrolde yetersizlik”** puanlarının *tanı* grubu ortalamaları $\bar{x}=38.93$, karşılaştırma grubu ortalamaları $\bar{x}=31.38$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar; söz konusu yedi alt ölçek açısından *tanı* grubu puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

“Duygusal yoksunluk”, “hastalıklar ve tehditler karşısında incinebilirlik” ve **“katı standartlar”** puanlarına uygulanan analizler sonucunda cinsiyet temel etkisi ve *tanı* temel etkisi anlamlı bulunmamıştır.

“İç içe geçme” ($F_{1-180}=18.232$; $p<.05$) ve **“katı standartlar”** ($F_{1-180}=5.515$; $p<.05$) puanlarına uygulanan analizler sonucunda, *cinsiyet – tanı ortak etkisi* anlamlı

çıkmiştir. **“İç içe geçme”** puanları için cinsiyet – tanı ortak etkisinin kaynağı Tukey HSD testiyle araştırılmıştır. Bu test sonuçları şöyle özetlenebilir: Karşılaştırma grubundaki kadınlar ile eşleri vajinismus tanısı alan erkekler ($q_{4-182}=4.99$; $p<.05$, ortalamalar sırasıyla $\bar{x}=21.91$ ve $\bar{x}=26.91$), karşılaştırma grubundaki kadınlar ile karşılaştırma grubundaki erkekler ($q_{4-182}=5.47$; $p<.05$, ortalamalar sırasıyla $\bar{x}=21.91$ ve $\bar{x}=16.43$), karşılaştırma grubundaki erkekler ile vajinismus tanısı alan kadınlar ($q_{4-182}=5.96$; $p<.05$, ortalamalar sırasıyla $\bar{x}=16.43$ ve $\bar{x}=22.40$), karşılaştırma grubundaki erkekler ile eşleri vajinismus tanısı alan erkekler ($q_{4-182}=10.47$; $p<.05$, ortalamalar sırasıyla $\bar{x}=16.43$ ve $\bar{x}=26.91$) anlamlı farklar göstermektedir. Buna karşılık tanı ve karşılaştırma grubundaki kadınlar arasında; tanı grubundaki kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. **“Kati standartlar”** puanları için cinsiyet – tanı ortak etkisinin kaynağı Tukey HSD testiyle araştırılmıştır. Bu test sonucunda sadece karşılaştırma grubundaki kadınlar ile vajinismus tanısı alan kadınlar ($q_{4-182}=7.07$; $p<.05$, ortalamalar sırasıyla $\bar{x}=28.14$ ve $\bar{x}=35.22$) anlamlı bir fark göstermektedir. Buna karşılık diğer gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3.11’de görüldüğü gibi; **“duygusal yoksunluk”, “güvensizlik / suistimal edilme”, “istenilmeme / yetersizlik”, “bağımlılık”, “hastalıklar ve tehditler karşısında incinebilirlik”, “fedakarlık”, “duyguların bastırılması” ve “kendini kontrolde yetersizlik”** puanları için cinsiyet – tanı ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır.

3.3.2. Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Bağlanma Stillerine Göre Karşılaştırılması

Erken dönemde gelişen bilişsel şemaları belirlemek amacıyla kullanılan ŞÖ puanları yönünden güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stili olan bireyleri karşılaştırmak için varyans analizleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 3.12’de gösterilmiştir.

Korkulu ve saplantılı bağlanan katılımcılar kayıtsız bağlanan katılımcılardan; kayıtsız bağlanan katılımcılar ise güvenli bağlanan katılımcılardan **“duygusal yoksunluk”** alt ölçeğinden anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır. Korkulu bağlanan katılımcılar saplantılı bağlanan katılımcılardan; saplantılı bağlanan katılımcılar kayıtsız bağlanan katılımcılardan; kayıtsız bağlanan katılımcılar ise güvenli bağlanan katılımcılardan **“güvensizlik / suistimal edilme”** alt ölçeğinden daha yüksek puan almıştır. Korkulu bağlanan katılımcılar saplantılı ve kayıtsız bağlanan katılımcılardan; saplantılı ve kayıtsız bağlanan katılımcılar ise güvenli bağlanan katılımcılardan **“istenilmeme / yetersizlik”, “hastalıklar ve tehditler karşısında incinebilirlik”** ve **“iç içe geçme”** alt ölçeklerinden daha yüksek puan almıştır. Korkulu ve saplantılı bağlanan katılımcılar kayıtsız ve güvenli bağlanan katılımcılara göre **“bağımlılık”** ve **“duyguların bastırılması”** alt ölçeklerinden anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır. **“Fedakarlık”, “katı standartlar”** ve **“kendini kontrolde yetersizlik”** alt ölçeklerinden ise korkulu bağlanan katılımcılar saplantılı bağlanan katılımcılardan; saplantılı bağlanan katılımcılar ise kayıtsız ve güvenli bağlanan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır.

Tablo 3.12. Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Bağlanma Stillerine Göre Karşılaştırılması

Şema Ölçeği Alt Ölçekleri	Güvenli (N=62)		Korkulu (N=56)		Saplantılı (N=33)		Kayıtsız (N=35)		Özet Anova	Çoklu Karşılaştırma Sonuçları
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	F	
Duygusal Yoksunluk	17.29	8.89	30.28	12.09	27.27	11.99	22.51	7.40	17.048* (1811.388)	korkulu, saplantılı > kayıtsız > güvenli
Güvensizlik / Suistimal Edilme	31.70	9.77	62.42	18.71	51.15	14.26	40.62	12.82	48.366* (9886.574)	korkulu > saplantılı > kayıtsız > güvenli
İstenilmeme / Yetersizlik	15.14	6.26	28.85	9.20	20.27	8.34	19.71	7.68	30.378* (1885.806)	korkulu > saplantılı, kayıtsız > güvenli
Bağımlılık	6.46	3.38	12.57	5.13	10.42	4.92	7.11	2.69	24.860* (433.383)	korkulu, saplantılı > kayıtsız, güvenli
Hastalıklar ve Tehditler Karş. İncin.	5.32	2.08	10.44	3.48	7.18	2.82	7.45	2.89	32.198* (260.592)	korkulu > saplantılı, kayıtsız > güvenli
İç İç Geçme	16.00	6.14	28.83	8.40	22.36	6.69	20.42	8.95	28.949* (1645.578)	korkulu > saplantılı, kayıtsız > güvenli
Fedakarlık	32.33	13.35	56.83	15.60	46.36	16.34	38.02	12.96	29.904* (6332.323)	korkulu > saplantılı > kayıtsız, güvenli
Duyguların Bastırılması	6.20	2.86	10.55	4.02	9.42	3.19	6.97	3.56	18.572* (219.305)	korkulu, saplantılı > kayıtsız, güvenli
Katı Standartlar	23.09	8.36	42.82	9.40	36.03	10.40	25.51	7.97	55.353* (4490.684)	korkulu > saplantılı > kayıtsız, güvenli
Kendini Kontrolde Yetersizlik	25.53	9.29	46.69	14.35	38.81	12.08	29.65	13.58	32.365* (4899.556)	korkulu > saplantılı > kayıtsız, güvenli

3.4. VAJİNİSMUS TANISINI EN İYİ YORDAYAN BAĞLANMA STİLLERİ VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

3.4.1. Regresyon Analizi Sonuçları

Bu çalışmada vajinismus tanısını en iyi yordayan bağlanma stilleri ve erken dönem uyumsuz şemaları belirlemek için Şema Ölçeği alt ölçekleri ile güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri üzerinden lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde (kendisinde / eşinde) vajinismus tanısının olup-olmaması bağımlı değişken; güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri ve ŞÖ alt ölçek puan ortalamaları ise bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır.

Kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 3.13'te gösterilmiştir. Buna göre “**duygusal yoksunluk**” (OR=.827; %95 CI=.689-.992) alt ölçeğinden alınan yüksek puanların kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını azalttığı; **güvenli bağlanma stiline olmamasının** (OR=.00; %95 CI=.00-.87), “**istenilmeme / yetersizlik**” (OR=1.863; %95 CI=1.056-3.386) “**bağımlılık**” (OR=5.009; %95 CI=1.593-15.754), “**iç içe geçme**” (OR=.447; %95 CI=.248-.805) ve “**fedakarlık**” (OR=1.416; %95 CI=1.136-1.766) alt ölçek puanlarının yüksek olmasının ise kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını istatistiksel olarak arttırdığı belirlenmiştir.

Kadınların eşlerinde ise **kayıtsız bağlanma stilinin olmamasının** (OR=.002; %95 CI=.000-.074) ve **“duygusal yoksunluk”** (OR=.391; %95 CI=.239-.638) alt ölçeğinden alınan yüksek puanların kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını azalttığı; **“hastalıklar ve tehditler karşısında incinebilirlik”** (OR=.158; %95 CI=.056-.450) **“iç içe geçme”** (OR=2.544; %95 CI=1.515-4.273) ve **“fedakarlık”** (OR=1.416; %95 CI=1.136-1.766) alt ölçek puanlarının yüksek olmasının ise kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını istatistiksel olarak arttırdığı belirlenmiştir.

Ortaya çıkan model sonuçlarında kadınlar için -2 Log Likelihood (OLASILIK) değeri 26.693, Cox & Snell R^2 değeri .667, Nagelkerke R^2 değeri .889 ve erkekler için -2 Log Likelihood (OLASILIK) değeri 36.051, Cox & Snell R^2 değeri .631, Nagelkerke R^2 değeri .842 olarak elde edilmiştir. Ayrıca, kadınlar [$X^2_{(6)}=102.135$, $p<.05$] ve erkekler [$X^2_{(5)}=92.778$, $p<.05$] için ortaya çıkan chi-kare değerlerinden her iki modelin uyum iyiliğinin sağlandığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.13. Vajinismus Tanısının Yordanması için Kadın ve Erkek Katılımcıların Bağlanma Stillerine ve Şema Ölçeği Alt Ölçek Puanlarına Uygulanan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Değişkenler İleriye Doğru (Wald) Metoduna Göre Regresyon Denkleminde Giren Değişkenlerdir)

Değişken (Regresyon denkleminde giriş sırasına göre)	Cinsiyet	β	Standart Hata	Wald	Hata Varyansı (s.d)	p	Exp (β) (OR)	Exp (β) için % 95 Güven Aralığı (CI)	
								Alt	Üst
Güvenli bağlanma stili yok	Kadın	10.870	4.298	6.398	1	.011	.000	.000	.087
	Erkek	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Kayıtsız bağlanma stili yok	Kadın	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Erkek	-6.123	1.795	11.642	1	.001	.002	.000	.074
Duygusal yoksunluk	Kadın	-.190	.093	4.205	1	.040	.827	.689	.992
	Erkek	-.939	.250	14.097	1	.000	.391	.239	.638
Hastalıklar ve tehditler karş. incin.	Kadın	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Erkek	1.842	.533	11.950	1	.001	.158	.056	.450
İstenilmeme / yetersizlik	Kadın	.622	.290	4.612	1	.032	1.863	1.056	3.286
	Erkek	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Bağımlılık	Kadın	1.611	.585	7.596	1	.006	5.009	1.593	15.754
	Erkek	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
İç içe geçme	Kadın	.805	.300	7.186	1	.007	.447	.248	.805
	Erkek	.934	.265	12.454	1	.000	2.544	1.515	4.273
Fedakarlık	Kadın	.386	.131	8.672	1	.003	1.472	1.138	1.903
	Erkek	.348	.113	9.563	1	.002	1.416	1.136	1.766

Uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda kadınlar ve erkekler için ortaya çıkan modellerin tanı ve karşılaştırma gruplarını ayırt edebilme gücü Tablo 3.14'te gösterilmiştir.

Tablo 3.14. Lojistik Regresyon Analizi Gruplama Tablosu

Gerçek Grup Üyelikleri		Yordanan Grup Üyelikleri		Doğru Gruplanan
		Tanı Grubu	Karşılaştırma Grubu	
Tanı Grubu	Kadın	42	3	93.3
	Erkek	39	6	86.7
Karşılaştırma Grubu	Kadın	0	48	93.8
	Erkek	6	42	87.5
Toplam	Kadın			96.8
	Erkek			87.1

Gruplandırma tablosu incelendiğinde kadınlar için ortaya çıkan modelde yer alan 6 açıklayıcı değişkenin (güvenli bağlanma stili, duygusal yoksunluk, iç içe geçme, istenilmeme / yetersizlik, bağımlılık ve fedakarlık) grupları doğru atama oranı %96.8 olarak görülmektedir.

Erkekler için ortaya çıkan modelde yer alan 5 açıklayıcı değişkenin ise (kayıtsız bağlanma stili, duygusal yoksunluk, hastalıklar ve tehditler karşısında incinebilirlik, iç içe geçme ve fedakarlık) grupları doğru atama oranı %87.1 olarak görülmektedir.

3.4.2. Çiftlerin Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara Ait Korelasyon Katsayıları

Çiftlerin Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Şema Ölçeği alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ait pearson korelasyon katsayıları Tablo 3.15'te gösterilmiştir.

Tablo 3.15. Çiftlerin Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Şema Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara Ait Korelasyon Katsayıları

Alt Ölçekler	Tanı Grubundaki Çiftler	Karşılaştırma Grubundaki Çiftler
Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri		
Kaygı	-.039	-.047
Kaçınma	.100	-.077
Şema Ölçeği		
Duygusal Yoksunluk	-.112	.100
Güvensizlik / Suistimal Edilme	-.216*	.060
İstenilmeme / Yetersizlik	.073	-.010
Bağımlılık	-.184	-.166
Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İn.	-.187	-.136
İç İçe Geçme	.236*	-.357*
Fedakarlık	-.308*	-.514*
Duyguların Bastırılması	.005	.183
Katı Standartlar	-.152	.192
Kendini Kontrolde Yetersizlik	-.181	.055

Buna göre tanı grubundaki çiftlerin ŞÖ'nün **Güvensizlik / Suistimal Edilme** ve **Fedakarlık** alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında olumsuz yönde ve anlamlı; **İç İçe Geçme** alt ölçeği için ise olumlu yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki çiftlerin ise **İç İçe Geçme** ve **Fedakarlık** alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında olumsuz yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Giriş ve yöntem bölümlerinde değinildiği gibi bu çalışmada; vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşleri, cinsel alanda sorun yaşamadıklarını bildiren çiftler ile karşılaştırılarak; gruplar arasında bağlanma stilleri ve erken dönem uyumsuz şemalar açısından bir farklılık olup olmadığı araştırılmaktadır. Çalışmanın bir diğer sorusu ise kadınlar ve eşlerindeki hangi bağlanma stillerinin ve erken dönem uyumsuz şemaların vajinismus tanısını en iyi şekilde yordayabildiğidir. Bu bölümde bulgular bölümünde aktarılan araştırma sonuçları tartışılarak yorumlanmaktadır.

4.1. GRUPLARIN KİŞİSEL BİLGİ FORMU YANITLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

4.1.1. Vajinismus Tanı ve Tedavisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katıldıkları sırada “hiç bir vajinal ilişki deneyimi yaşamamış olmak” ölçütünü karşılamalarına karşın; tanı grubundaki kadınların %48.9’u vajinismus tedavisine yönelik tekniklerden bir ya da bir kaçının kendisine uygulandığını bildirmiştir. Tedavi aldığını belirten kadınların (n=22) tamamı kendisine vajinal kas spazmını azaltacak ve penetrasyonu kolaylaştıracak *parmak, mum, penis başı* ve *kegel* egzersizleri gibi davranışçı teknikler uygulandığını bildirmiştir. Bu açıdan vajinismus tedavisinde ilk aşamada daha çok penil-vajinal

ilişkinin gerçekleşmesinin hedef olarak belirlendiği geleneksel davranışçı tekniklerin kullanıldığını söylemek mümkündür.

Sungur'un (1994) Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yaptığı bir çalışmada vajinismus tanısı alan 32 kadından yarıya yakın bir kısmında himenektomi öyküsü olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada himenektomi öyküsü olan kadınların oranı vajinismusa yönelik tedavi aldığını bildiren 22 kadın içinde %13.6 olarak saptanmıştır; iki çalışma arasında geçen 14 yılda himenektomi uygulamalarının azalmış olduğu dikkat çekse de “etkisiz” ve “etik açıdan uygunsuz” olarak tanımlanan bu müdahalelerin kullanımının devam ettiği görülmektedir.

4.1.2. Tanı ve Karşılaştırma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Cinsel Yaşam Bilgileri, Cinsel Tutum ve Algılarındaki Farklılıklara İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşleri ile cinsel alanda sorun yaşamadıklarını bildiren çiftler; cinsel bilgi düzeyleri, beden ve cinsel işlev algıları gibi vajinismusun etiyolojisinde rol aldığı düşünülen faktörler açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda tanı ve karşılaştırma grupları arasında anlamlı farklılıklar gösteren Kişisel Bilgi Formu yanıtları aşağıda özetlenmiştir.

Elde edilen bulgular; vajinismus tanısı alan kadınların %15.6'sının (n=7) **fiziksel görünümünden** ve %20'sinin (n=9) **kadın olmaktan** memnun olmadığını ortaya koymaktadır. Diğer üç grup içinde ise bu yönde yanıt veren hiç kimse

olmamıştır. Bu sonuçlar vajinismus grubundaki kadınların karşılaştırma gruplarına oranla cinsel açıdan daha olumsuz kendilik şemasına sahip oldukları yönündeki araştırma bulgularıyla paralellik göstermektedir (Reissing, 2002; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2003).

Evlenmeden önce yeterli **cinsel bilgiye** sahip olmadığını düşünen ve **ilk cinsel ilişkilerini** gerdek gecesinde yaşayan kadınların oranı tanı grubunda sırasıyla %51.1 (n=23) ve %71.1 (n=32); eşlerinde ise bu oranlar sırasıyla %17.8 (n=8) ve %53.3 (n=24) olarak saptanmıştır. Bu bulgulara dayanarak “yetersiz cinsel bilgilenmenin” vajinismusun etiolojisindeki etkisinin sadece kadın için değil aynı zamanda eşi için de söz konusu olabileceğini söylemek mümkündür. Karşılaştırma grubuna göre daha yüksek çıkan bu oranlar, cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilenme sonucu oluşan önyargıların; cinselliğe ilişkin aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusuna ve dolayısıyla cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı yönündeki düşünceleri desteklemektedir. Aynı şekilde bu sonuçlar Basson’un (1996) çalışmasındaki vajinismus tanısı alan kadınların çoğunun genel olarak cinsellik ve özel olarak da evlilik öncesi cinsel aktivite hakkında olumsuz tutumlara sahip oldukları bulgusu ve vajinismus tanısı almış kadınların eşlerinin evlilik öncesi cinsel deneyimlerinin daha az olduğu ve cinsel anlamda daha az girişken oldukları yönündeki klinik gözlemler ile paralellik göstermektedir.

Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü vajinismusun olası etiyolojik bağlantıları arasında sayılmış olmakla birlikte pek çok çalışmanın bulgularında cinsel istismar öyküsü ile vajinismus arasında önemli bir ilişki gözlenmediği belirtilmiştir. (Basson,

1996; Bayrak, 2006; Koehler, 2002; Reissing, 2002; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2003; Ward ve Ogden, 1994). Bu çalışmada, diğer üç gruptan hiç kimse herhangi bir **cinsel taciz** öyküsünün varlığından söz etmezken; tanı grubundaki kadınlardan %11.1'i (n=5) evlenmeden önce cinsel tacize uğradığını bildirmiştir. Bu bulguya dayanarak cinsel taciz öyküsü ile vajinismus tanısı arasında bir ilişki olup olmadığını söylemek mümkün olmasa da daha sonraki araştırmalarda bu konunun daha ayrıntılı incelenmesi gerektiği açıktır. Çünkü cinsel travma yaşamış kadınların pek çoğunun güven duyma ve kendini açma gibi yakın ilişki ve cinsel alanlarda problemler yaşadığı bilinmektedir.

Karşılaştırma gruplarına göre vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinin **“eşimle cinsel konular hakkında rahatlıkla konuşamam”** ve **“cinsel ilişki sırasında eşim sadece kendisini düşünür”** yanıtlarını daha sık; **“cinsel ilişki sırasında birlikte hareket ederiz”** yanıtını ise daha az verdikleri gözlenmiştir. Bu oranlar vajinismus tanısı alan kadınlarda sırasıyla %55.6 (n=25), %31.1 (n=14) ve %20 (n=9); eşlerinde ise sırasıyla %64.4 (n=29), %51.1 (n=23) ve %42.2 (n=19) olarak saptanmıştır. Yetersiz cinsel iletişimle ilgili olduğu düşünülen bu değişkenlerin vajinismusun ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli rolleri olduğu düşünülmektedir. Cinsel birleşmenin eşlerin birbirlerine verdikleri geribildirimlerle ve işbirliği ile öğrenilip geliştirilen bir yetenek olduğu bilinmektedir. Cinsel konuları açık bir şekilde konuşamayan ya da cinsel ilişki sırasında eşinin daha çok kendisini düşündüğünü bildiren çiftlerin uygun pozisyon ve hareketlerle birbirlerini yeteri kadar uyaramamaları söz konusu olabileceği gibi yeteri kayganlaşma sağlanamadığından kadının daha çok acı ve ağrı yaşaması olasılığı da artmaktadır.

Tanı ve karşılaştırma grubundaki erkeklerin hiçbiri bu yönde bir yanıt vermezken; karşılaştırma grubundaki kadınların %8.3'ü (n=4) vajinismus tanısı alan kadınların %35.6'sı (n=16) **“Cinsel ilişki sırasında eşim daha çok beni düşünür”** yanıtını vermiştir. Bu bulgu vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinin daha anlayışlı ve daha pasif oldukları yönündeki diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Davis ve Reissing ,2007; Reissing, Binik ve Khalifé, 1999).

Cinsel ilişki istekleri eşleri tarafından geri çevrildiğinde bu durumu **anlayışla** karşılayan, **eşlerine** ve **kendilerine kırgınlık** yaşayan kadınların oranı tanı grubunda sırasıyla %17.8 (n=8), %26.7 (n=12) ve %22.2 (n=10) iken karşılaştırma grubunda bu oranlar sırasıyla %68.8 (n=33) ve %2.1'dir (n=1). Karşılaştırma grubundaki hiçbir kadın cinsel ilişki isteği geri çevrildiğinde kendisine karşı kırgınlık yaşadığını bildirmemiştir. Vajinismus tanısı alan kadınların daha derin bilişsel yapılar nedeniyle; geri çevrilmeyi daha az anlayış ve daha çok kırgınlık tepkisiyle karşıladıkları akla gelmekte ve çiftler arasındaki bu tür anlaşmazlık ve çatışmaların pek çok cinsel sorunun kaynağını oluşturduğu düşünülmektedir.

Cinsel ilişkiden sonra kendisini **kirli ve suçlu** hisseden kadınların oranı tanı grubunda sırasıyla %20 ve %15.6 iken; karşılaştırma grubundaki kadınlardan hiçbirisinin cinsel ilişkiden sonra kendisini suçlu hissetmediği, %4.2'sinin ise kendisini kirli hissettiği saptanmıştır. Bu duygulara neden olabilecek pek çok değişik faktörden (cinsel istismar öyküsü gibi) söz edilebilir. Ancak vajinismus tanısı alan kadınların bu problemin ortaya çıkmasında en önemli ikinci neden olarak “cinselliğin yanlış olduğuna inandırılarak yetiştirilmeyi” gösterdikleri araştırma (Ward ve Ogden,

1994) bulguları göz önüne alındığında; cinselliğin konuşulmadığı, cinsel çağrışımlarda bulunan sahnelerin televizyonda çıkmasıyla kanalın değiştirildiği, ayıp, yasak, günah kavramlarının sıkça kullanıldığı, cinsel organların kirli ve hayvansı şeyler olarak yansıtıldığı ailelerde yetişen kadınların olumsuz dinsel ve ahlaki koşullanmalar sonucu cinsellikle ilgili alanlarda kirlilik ve suçluluk duyguları yaşadıkları düşünülmektedir ki bu da karşılaştırma grubuna oranla vajinismus tanısı alan kadınların cinsel ilişkiden sonra kendilerini daha çok kirli ve suçlu hissettikleri bulgusu ile paralellik göstermektedir. Yine bu araştırmada ortaya çıkan bir diğer bulgu ise karşılaştırma grubundaki erkeklerin hiçbiri cinsel ilişkiden sonra kendisini suçlu hissetmezken; tanı grubundaki erkeklerin %15.6'sının (n=7) kendilerini suçlu hissettiklerini belirtmeleridir. Bu açıdan olumsuz dinsel ve ahlaki koşullanmaların sadece vajinismus tanısı alan kadınlar için değil aynı zamanda eşleri için de söz konusu olabileceğini söylemek mümkündür.

Elde edilen sonuçlara göre; tanı grubundaki kadınların %44.4'ü (n=24) cinsel ilişki sırasında herhangi bir **ağrı / acı** deneyimleri olmadığını bildirmiştir. Bu bulgu vajinismus tanısı alan kadınların ortalama %50'sinde ağrı yaşantısının saptanmadığı çalışmalarla (Nobre, Pinto-Gouveia ve Gomes, 2006; Pukall, Reissing, Binik, Khalifé ve Abbott, 2000) paralellik göstermektedir. Bu bulgular tanı için ağrının gerekli bir ölçüt olmadığı halde, vajinismusun neden ağrı bozuklukları adı altında sınıflandırıldığı yönündeki eleştirileri (Coppini, 1999; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2004) destekler niteliktedir.

Oktay ve Tombul'un (2003) vajinismus tanısı alan 200 kadınla yaptıkları araştırmada, sadece %18'i ilk ilişkide aşırı acı hissi yaşamasına rağmen, kadınların %57'sinin ağrı ve acı duyma korkusu yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada da tanı grubundaki kadınların %75.6'sı (n=34) cinsel ilişki dendiğinde ilk akıllarına gelen şeyin acı / ağrı olduğunu bildirmiştir. Yine bu çalışmada karşılaştırma grubundaki kadınların hiçbiri cinsel ilişkiyle ilgili bir korku yaşantısı bildirmemişken; tanı grubundaki kadınların %55.6'sı (n=25) cinsel ilişki dendiğinde ilk akıllarına gelen şeyin **korku** olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular, vajinismusun altında yatan en önemli nedenin “ağrı” değil “ağrı korkusu” olduğu görüşünü desteklemektedir (Bayrak, 2006; Hawton ve Catalan, 1990; Oktay ve Tombul, 2003; Ward ve Ogden, 1994).

Bu çalışmada; tanı grubundaki kadınların %44.4'ünün (n=20) **orgazmın erkek için daha önemli** olduğunu düşündükleri; eşleri tanı grubunda olan erkeklerin %22.2'sinin (n=10) **gerdek gecesinde mutlaka cinsel ilişkiye girilmesi gerektiğine** inandıkları; tanı grubundaki kadınların %44.4'ünün (n=20) ve eşlerinin %64.4'ünün (n=29) **evliliğe kadar bekaretin korunması gerektiğini** düşündükleri saptanmıştır. Tüm bu oranlar karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Bu tür inanç ve tutumlara tanı grubundaki kadınlar ve eşleri arasında daha sık rastlanıldığı bulgusundan yola çıkarak; kadınlara cinselliğin eşin memnuniyeti ve tatmini için çok önemli bir olgu olarak sunulduğu erkek-merkezli kültürel etkilerin, cinsel eğitimsizliğin, cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlamasının, bekaret kavramına verilen önemin ve cinsellik anlayışındaki tabuların vajinismusun etiyolojisinde önemli birer rolleri olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak tüm bu bilgiler; vajinismus tedavisine başlamadan önce *hem kadının hem de eşinin* cinsel bilgisinin, dinsel inançlarının, aile değerlerinin ve toplumsal tabularının belirlenmesinin; çiftlerin mutlaka cinsel fonksiyon ve pelvis / penis anatomisi hakkında bilgilendirilmesinin çok önemli olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

Vajinismus tanısını en iyi yordayan Kişisel Bilgi Formu yanıtlarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda **cinsel ilişki dendiğinde akıllarına ilk gelen şeyin acı ve korku** olmasının kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır ve bu iki değişkenin %93.5 oranında tanı ve karşılaştırma grubundaki kadınları doğru olarak gruplandığı ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, Kaplan'ın (1974) cinsel ilişki sırasında acı / ağrı bir kere oluşuktan sonra vajinismusun ağrıya karşı refleksif ya da fobik bir reaksiyon haline gelerek, vajinal girişe karşı koşullu bir tepki olduğu yönündeki tanımı ile örtüşmektedir. Ancak, yukarıda da belirtildiği gibi bu çalışmada, tanı grubundaki kadınların %44.4'ü cinsel ilişki sırasında ağrı ya da acı hissetmediklerini; buna karşın %75.6'sı cinsel ilişki dendiğinde ilk akıllarına gelen şeyin acı / ağrı olduğunu bildirmiştir. Bu durum, vajinismusta korkulan uyarının gerçek bir ağrı mı yoksa beklenen bir ağrı mı olduğunun çok iyi değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Yine bazı yazarlar “vajinanın penisi içine alamayacak kadar küçük olduğu ve vajinal giriş sırasında vajinal duvarların yırtılacağı”, “vajinal girişin gerçekleşmesi halinde hastalık kapılacağı”, “kirlenme” ve “hamile kalma” korkularının da vajinismusa özgü korkular olabileceğini öne sürmüşlerdir (Crowley, Richardson ve Goldmeier, 2006; Koehler, 2002). Bu çalışmada kullanılan Kişisel

Bilgi Formu’nda ilgili soruların olmaması nedeniyle vajinismus tanısı alan kadınların yaşadığı korkunun içeriği belirlenememiştir. Ancak vajinismus tanısını en iyi yordayan değişkenlerden biri olarak belirlenen “korku” yaşantısı vajinismusun spesifik bir fobi olabileceği ile ilgili görüşleri akla getirmektedir ve bu konunun hem terapi uygulamalarında hem de bundan sonra yapılacak araştırmalarda daha derinlemesine incelenmesi gerektiği de açıktır.

Vajinismus tanısını en iyi yordayan Kişisel Bilgi Formu yanıtlarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda kadınların eşlerinin ise **fiziksel görünümlerinden memnun olmalarının ve cinsel konuları eşleriyle rahatlıkla konuşabilmelerinin** kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını azalttığı, yine erkeklerdeki **“cinsel ilişki sırasında eşinin daha çok kendisini düşündüğü” algısının** kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını istatistiksel olarak arttırdığı belirlenmiştir ve bu üç değişkenin %86 oranında tanı ve karşılaştırma grubundaki erkekleri doğru olarak gruplandığı ortaya çıkmıştır. Vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinin kendi fiziksel görünümüne ilişkin olumsuz değerlendirmelerinin cinsel ilişki sırasında yaşadıkları gerginlik ve kaygıyı artırarak, cinsel ilişkide yaşanan sorunları pekiştirdiği düşünülmektedir. Aynı zamanda “cinsel ilişki sırasında eşinin daha çok kendisini düşündüğü” algısı da erkeklerin vajinismus nedeniyle eşlerine karşı öfke ve kırgınlık yaşadıklarını akla getirmektedir. Sonuç olarak; eşlerin cinsel konuları rahatlıkla konuşamamalarından kaynaklı yetersiz iletişimin vajinismusun ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli rolü olduğu, eşin de mutlaka tedaviye dahil edilerek korku, kaygı ve isteklerini dile getirmesinin sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Giriş bölümünde de sunulduğu gibi vajinismus tanısını açıklamaya çalışan kuramlar ve araştırmalar daha çok vajinal kas aktivitesi, vajinal kasılmanın bir korku tepkisi olup olmadığı, cinsel bilgisizlik ya da kültürün etkileri gibi daha yüzeydeki değişkenlere dayandırılmıştır. Bu doğrultuda vajinismus tedavisinde Kaplan (1974) tarafından önerilen yaklaşım hala geçerliliğini sürdürmektedir. Bu yaklaşımın temel teknikleri:

- vajinal genişletme ve/veya vajinal egzersizler yoluyla kadını vajinal penetrasyona karşı duyarsızlaştırmak, vajinal kaslarda istemli karşılaştırma geliştirmek ve böylelikle spazmı önlemek;
- cinselliğin doğal, normal bir aktivite olduğuna yönelik bilgi ve inanışları arttırmak amacıyla kadını eğitmek ve
- fobik unsurlar, olumsuz koşullanma, suçluluk duygusu, ağrı korkusu gibi bağlantılı psikolojik sorunları terapötik müdahalelerle gidermektir.

Her ne kadar bu yaklaşımının tedavide olumlu çözümler sağladığı bilinse de başarısız olunan ya da tedaviyi bırakan vakalar için yeni bakış açılarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Yayınlarda vajinismus konusunda etkili olabilecek daha derin bilişsel özelliklerin incelendiği çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır (Reissing, 2002; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2003). Bu araştırmanın temel amacı vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerini erken çocukluk döneminde gelişen bağlanma stilleri ile yine erken çocukluk döneminde gelişen ancak daha sonra yaşamda uyumu bozan temel şemalar açısından incelemektir.

4.2. GRUPLARIN BAĞLANMA STİLLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Her insanın yaşamı boyunca sürekli olarak tekrarlanan temel bir ilişki örüntüsü olduğunu ileri süren bağlanma kuramından yola çıkarak; kadınların (ve belki de eşlerinin) erken dönemde ebeveynleriyle olan ilişkilerinde ortaya çıkan isteklerinin ve ihtiyaçlarının vajinismus gibi bir cinsel işlev bozukluğunun etiyolojisinde etkisi olup olmadığı sorusu önemli hale gelmektedir.

Bu araştırmada öncelikle yetişkin bağlanma davranışlarının iki temel boyutu olan yakın ilişkilerde yaşanan *kaygı* ve başkalarıyla yakınlaşmaktan *kaçınma* faktörleri açısından tanı ve karşılaştırma gruplarındaki çiftler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. Bulgular vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinin yakın ilişkilerinde daha fazla **kaygı** yaşadıklarına işaret etmektedir. Kaygı boyutu yakın ilişkilerde hissedilen reddedilme ve terk edilme konusundaki aşırı duyarlılıktan kaynaklanan bağlanma kaygısını tanımlamaktadır. Bu bulgu, vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinin tedaviye başvurma sürelerinin, diğer cinsel işlev bozukluklarına göre çok daha uzun olduğu ve hatta bu çiftlerin çoğunun yıllar sonra, çocuk yapabilmek için tedaviye geldikleri yönündeki klinik gözlemlerle birleştirildiğinde bu çiftlerin bağlanmaya dolayısıyla da cinsel ilişkiye yönelik daha fazla kaygı yaşadıkları düşünülmektedir. Yine yüksek kaygı düzeyinin cinsel işlevler üzerinde hem kadın hem erkek için ketleyici etkisi olduğu da bilinmektedir. Ancak buradaki önemli bir nokta vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinin kaçınma boyutu açısından karşılaştırma grubu ile anlamlı bir farklılık göstermemesidir. Bu

bulgu, tanı grubundaki çiftlerin başkalarının onayını gerekli kılan öz saygı boyutunda yer aldıkları ve diğerlerine yönelik bir güvensizlikten çok kendilerine yönelik olumsuz algıları yüzünden yakın ilişkilerinde kaygı yaşayabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Grupların dörtlü bağlanma modeli çerçevesinde karşılaştırıldığı analiz sonucunda ise **kayıtsız** bağlanma stilinin kadınlara oranla erkeklerde; karşılaştırma grubundaki erkeklere oranla tanı grubundaki erkeklerde daha sık görüldüğü anlaşılmaktadır. Kayıtsız bağlanma stiline aşırı biçimde kendine güven, başkalarıyla oldukça mesafeli ilişkilere girme ve yakın ilişkilerden kaçınarak, bağımsız olmanın önemini vurgulama tercihi ile tanımlanan karmaşık bir mekanizma işlemektedir. Bu açıdan bakıldığında; kayıtsız bağlanma stilinin erkekler arasında daha yaygın olmasının özellikle Türk kültüründeki erkek cinsiyet rollerinin yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kayıtsız bağlanma stiline sahip bireylerin kaygı veren koşullarda eşlerinden destek aramak yerine kendilerini bu kişiden hem psikolojik hem de fiziksel olarak geri çekme eğiliminde oldukları bilinmektedir (Mikulincer ve Florian, 1998). Yine pek çok klinik gözlem, vajinismus olgularında penil-vajinal ilişkinin gerçekleşmesi ya da tedavi konusunda eşlerin karşılıklı bir kaçınma sergilediği yönündedir. Bu durumda erkekler için altta yatan bağlanma kaygısı nedeniyle kendilerini psikolojik ve fiziksel olarak geri çekme eğiliminde oldukları bulgusunun vajinismus tedavisi için büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

Bu bulguların dışında vajinismus tanısı alan kadınlar ile karşılaştırma grubundaki kadınlar arasında güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri

açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya çıkmamıştır. Ancak vajinismus tanısını en iyi yordayan değişkenlere bakıldığında güvenli - güvensiz bağlanma boyutlarında tanı ve karşılaştırma grubundaki kadınların birbirinden ayrıldığı gözlenmiştir. Bu bulguya daha sonraki bölümlerde tekrar değinilecektir.

4.3. GRUPLARIN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Erken dönem uyumsuz şemaların da bağlanma stilleri gibi, önemli kişilerle çocukluk döneminde kurulan etkileşimler sonucu oluştuğu ve bağlanma objeleriyle olan etkileşimlerin devam etmesi olasılığını arttırarak bireye etkileşimlerini yordama olanağı verdiği düşünülmektedir (Platts, Tyson ve Mason, 2002).

Young’a göre (1999) örtük, katı, kendini tekrarlayan ve değişmeye dirençli olan bu inançlar, kendilik kavramının temel yapılarını oluşturur. Kişinin kendisiyle ve diğerleriyle ilişkileri ile ilgili olumsuz temalar içeren bu inançların vajinismusun etiolojisinde etkisi olup olmadığı sorusu bağlanma stillerinde olduğu gibi önemli hale gelmektedir.

Araştırma bulguları tanı ve karşılaştırma grubundaki çiftlerin ŞÖ’nün **“Güvensizlik / Suistimal Edilme”, “İstenilmeme / Yetersizlik”, “Bağımlılık”, “İç İç Geçme”, “Fedakarlık”, “Duyguların Bastırılması” ve “Kendini Kontrolde Yetersizlik”** faktörleri açısından farklılaştığını göstermektedir. Tanı grubundaki çiftlerin bu yedi boyuttan aldıkları puanlar daha yüksektir. Dolayısıyla vajinismus

tanısı alan kadınlar ve eşlerinin bu şemalar açısından daha uyumsuz zihinsel temsillere sahip olduğunu söylemek mümkündür.

Bu faktörler Young'ın sınıflandırma sistemi içinde değerlendirildiğinde; “Güvensizlik / Suistimal Edilme” faktörü *Kopukluk ve Reddedilmişlik*, “İstenilmeme / Yetersizlik”, “Bağımlılık” ve “İç İçe Geçme” faktörleri *Zedelenmiş Bağımsızlık ve Kendini Ortaya Koyma*, “Fedakarlık” faktörü *Başkaları Yönelimlilik*, “Duyguların Bastırılması” faktörü *Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık*, “Kendini Kontrolde Yetersizlik” faktörü ise *Bozulmuş Sınırlar* başlıkları altında toplanmaktadır.

Tanı ve karşılaştırma gruplarının farklılaştığı bu yedi EDUŞ'un içeriği ile ilgili şunlar söylenilebilir:

“Güvensizlik ve Suistimal Edilme” EDUŞ'u çocukluk dönemindeki bağlanma stilleri ile ilişkilidir. Bu faktör alt ölçeğinden yüksek puan alan kişi dış dünyaya güvenilmeyeceğine ilişkin algılara sahiptir. Ebeveynleri tarafından reddedilen, incitilen ve güven, beslenme, kabul edilme gibi ihtiyaçları karşılanmayan çocuklarda kimseye güvenemeyeceklerine ve suistimal edilebileceklerine dair uyumsuz şemalar gelişir. Bu açıdan bakıldığında; dış dünyaya güvenilmeyeceğine ilişkin algılara sahip çiftlerin; *insan insana bağlanma ve iç-içelik yaşantısı* olarak tanımlanan cinselliği bir zorlanma ya da tehdit olarak algılaması da muhtemel görülmektedir.

“İstenilmeme / Yetersizlik” şemasına sahip birey yalnız başına problemlerle baş edemeyeceğine inanır ve sürekli kendisine destek verecek, hatta işleri onun adına yapacak birisini arar; ancak eleştirel, aşağılayıcı ya da reddedici ebeveyn tutumlarından dolayı aynı zamanda kendisini istenmeyen ve kusurlu bir kişi olarak algılaması söz konusudur. Başka bir deyişle İstenilmeme / Yetersizlik EDUŞ’u olumsuz benlik, olumlu diğerleri modeli içinde yer almaktadır ve Young (1999) bu şemaya sahip kişinin flört etmekten bile tamamen kaçınabileceğini söylemiştir. Bu bulgu, yayınlardaki; vajinismus tanısı alan kadınların cinsel açıdan daha olumsuz bir benlik şemasına ve daha çok duygusal onay ihtiyacına sahip oldukları yönündeki bilgilerle de örtüşmektedir (Bayrak, 2006; Reissing, 2002; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen ve Amsel, 2003). Benzer şekilde Hartmann’ın (2007) yaptığı bir çalışmada da değişik cinsel işlev bozukluğuna sahip kadınlar arasında kendini aşağılama / küçümseme boyutlarında en yüksek puanları vajinismus ve disparoni gruplarının aldıkları saptanmıştır.

Young’ın kuramında **“Bağımlılık”** ve **“İç İçe Geçme”** EDUŞ’u çocukluktaki ayrışma ve bireyselleşme sürecindeki aksamalarla tanımlanır. Aşırı koruyucu, müdahaleci ve çocuğun karar almasını engelleyici ebeveyn tutumları ile yetişen bireyin aşırı bir duygusal onay ihtiyacı vardır. Yetişkin ilişkilerde bu ihtiyacı karşılanmadığında ise kişi, istenilmeyen, yetersiz bir benlik algısı geliştirerek yakın ilişkilerden kaçınma yoluna gider.

“İstenilmeme / Yetersizlik” ve **“Bağımlılık”** şemalarında olduğu gibi **“Fedakarlık”** ve **“Duyguların Bastırılması”** şemalarında da birey olumsuz bir

benlik algısı geliştirmiştir. Erken çocukluk döneminde, aile içinde sevilme ve onay almak için gelişen bu şema daha sonraki yaşamında kişinin kendi duygu ve ihtiyaçlarını göz ardı etmesine ya da bastırmasına neden olmaktadır. Bu bulgular, vajinismus tanısı alan kadınların, cinsellikle ilgili katı ve muhafazakar olan ebeveynlerinin, alt-kültürlerinin, dini inançlarının “iyi” kızları olduğu yönündeki görüşü destekler niteliktedir (Koehler, 2002).

Genel olarak hepsi çocukluktaki ayrışma ve bireyselleşme sürecindeki aksamalarla ilgili olan **“İstenilmeme / Yetersizlik”**, **“Bağımlılık”** **“İç İçe Geçme”** ve **“Fedakarlık”** şemaları vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinin yakın ilişkilerde yaşadıkları bağlanma kaygısını da açıklamaktadır. Çünkü bu şemalar genel olarak; bireyin kendisini istenmeyen ve kusurlu bir kişi olarak algılaması, ayakta kalma, bağımsız olma ya da işlerin üstesinden gelme yeteneklerini engelleyen kesin beklentilere sahip olması, kendi duygu ve ihtiyaçlarını göz ardı etmesi ya da bastırması gibi özelliklerle tanımlanabilir. Aynı zamanda vajinismus tanısı alan kadınların eşleri açısından bakıldığında bu şemalar, kadınların baskın ve otoriter babalarının tam tersi bir şekilde eşlerinin anlayışlı, aşırı hoşgörölü, pasif ve iddiasız oldukları yönündeki görüşleri akla getirmektedir (Davis ve Reissing ,2007; Reissing, Binik ve Khalifé, 1999).

“Kendini Kontrolde Yetersizlik” şeması olan kişiler huzursuzluktan, sıkıntıdan, çatışmalardan, yüzleşmelerden, sorumluluktan ve aşırı çaba sarf etmekten kaçınma eğilimi gösterirler. Bayrak (2006) vajinismus tanısı alan kadınların “başkalarının mide bulantısını ya da kusmasını görmek”, “kan görmek”, “diş

hekimine gitmek” gibi korkuları olduğunu bildirmiştir. Bu bilgi vajinismus tanısı alan kadınların huzursuzluk ve sıkıntı toleranslarının az olduğuna ilişkin görüşü desteklemektedir. Klinik gözlemler, vajinismus olgularının önemli bir çoğunluğunun - bazı araştırmalarda yarısının (Kabakçı ve Batur, 2003) - tedaviyi yarım bıraktıkları yönündedir. Bu açıdan bakıldığında vajinismus tanısı alan kadınların ve eşlerinin sıkıntı ve sorumluluktan kaçınma davranışları üzerinde daha çok durulması gerektiğini söylemek mümkündür.

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

Tanı ve cinsiyet ortak etkisine bakıldığında vajinismus tanısı alan kadınların **“Katı Standartlar”** EDUŞ’una ait daha uyumsuz zihinsel temsillere sahip olmaları açısından diğer üç gruptan ayrıldığı görülmektedir. Young bu şemaya sahip kişilerin ilişkilerinde mükemmellik, kontrol ve belirginlik aradıklarını belirtmektedir (Young, 1999). Paralel olarak; yayınlarda da vajinismus tanısı alan kadınların cinsel ilişki

sırasında “izleyici” rolü üstlenerek, cinsel ilişkiye kendilerini bırakamadıkları yönünde genel bir klinik gözlemden söz edilmektedir (Bayrak, 2006; Yetkin, 1999). Bu açıdan tedavilerde mükemmeliyetçilik ve kontrol ile ilgili inançlara vurgunun artırılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Yine Freud’un dinden, ahlaktan, gelenek görenekten ve tüzel etkilerden geldiğini öne sürdüğü “yasaktır, ayıptır, günahıdır” biçimindeki süperego engellemeleri ile “Katı Standartlar” şemasının benzer biçimde işlediğini söylemek mümkündür. Yukarıda da değinildiği gibi vajinismus tanısı alan kadınların karşılaştırma grubundaki kadınlara göre evliliğe kadar bekaretin korunması gerektiğine daha fazla inanmalarının da katı standartlar şeması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Yine tanı ve cinsiyet ortak etkisine bakıldığında vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinin “İç İçe Geçme” EDUŞ’una ait daha uyumsuz zihinsel temsillere sahip olmaları açısından ayrıldığı görülmektedir. Young bu şemaya sahip kişilerin bir ya da daha fazla önemli kişiye (sıklıkla ebeveyne) karşı aşırı duygusal bağıllık ve yakınlık duyduklarını belirtmektedir (Young, 1999). Yapılan bir çalışmada erkeklerin en düşük puanı *İç İçe Geçme* şemasından almalarını, araştırmacılar kültürel olarak erkeklerin özerk ve bağımsız olmaları beklentisi ile tutarlı bir bulgu olarak yorumlanmıştır (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract ve Jordan, 2002). Vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinin bu şemadan belirgin biçimde yüksek puan almaları; vajinismus tedavisinde kadınların olduğu kadar eşlerinin de ayrışma ve bireyselleşme sürecindeki olası aksamalar açısından çok iyi değerlendirilmeleri gerektiğini ön plana çıkarmaktadır.

Psikiyatri servisine başvuran 72 kişiyle yapılan bir araştırmada; korkulu bağlanma stiline sahip olan grubun genel belirti değerlendirme ölçeğinden en yüksek puanları aldıkları, ikinci en yüksek puanları da saplantılı bağlanma stiline sahip olanların aldıkları saptanmıştır (Mason, Platts ve Tyson, 2005). Bu araştırmada da Erken Dönem Uyumsuz Şemalar açısından en yüksek puanları sırasıyla **korkulu** ve **saplantılı** bağlanma stiline sahip bireylerin aldığı gözlenmiştir. Her iki bağlanma stiline sahip olanların ortak noktası kendine yönelik olumsuz algı ve başkalarının onayını gerekli kılan öz saygıdır. Kendine ilişkin olumlu diğerlerine ilişkin olumsuz algıları olan kayıtsız bağlanma stiline sahip kişiler ise yüksek puanlar açısından üçüncü sırada yer almaktadır. Bu durumda *diğerlerinden* çok *kendine* yönelik olumsuz değerlendirmelerin kişiyi psikopatolojiye daha yatkın hale getirdiğini söylemek mümkündür.

4.4. VAJİNİZMUS TANISINI EN İYİ YORDAYAN BAĞLANMA STİLLERİ VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

Vajinismus tanısını en iyi yordayan bağlanma stillerini ve erken dönem şemaları belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda “**duygusal yoksunluk**” alt ölçeğinden alınan yüksek puanların kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını azalttığı; **güvensiz bağlanma** stiline sahip olma, “**istenilmeme / yetersizlik**”, “**bağımlılık**”, “**ıç ıçe geçme**” ve “**fedakarlık**” alt ölçek puanlarının yüksek olmasının ise kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını istatistiksel olarak arttırdığı belirlenmiştir. Bu altı değişkenin %96.8 oranında tanı ve karşılaştırma grubundaki kadınları doğru olarak gruplandığı saptanmıştır.

Kadınların eşlerinde ise **“duygusal yoksunluk”** alt ölçeğinden alınan yüksek puanların kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını azalttığı; **kayıtsız bağlanma** stiline sahip olma, **“hastalıklar ve tehditler karşısında incinebilirlik”**, **“iç içe geçme”** ve **“fedakarlık”** alt ölçek puanlarının yüksek olmasının ise kadınların vajinismus tanısı alma olasılığını istatistiksel olarak arttırdığı belirlenmiştir. Bu beş değişkenin %87.1 oranında tanı ve karşılaştırma grubundaki erkekleri doğru olarak gruplandığı saptanmıştır.

Vajinismus tanısını yordayan değişkenler içinde kadınlar için ilk sırada regresyon analizine giren faktör; vajinismus tanısı alan kadınların **güvenli bağlanma** stiline sahip olmamalarıdır. Güvenli bağlanma stiline sahip olan yetişkinler kendilerine ve başkalarına ait olumlu içsel modellere sahiptir. Bu kişiler kendilerini seilmeye değer ve değerli kişiler olarak, başkalarını da güvenilir ve kabul edici olarak algılamaktadırlar. Güvenli bağlanan kişilerin kaygı ve kaçınma düzeyleri düşük değerlerdedir. Güvenli bağlanma duygusu, yakınlık ve karşılıklı bağlılıkta rahatlık, destek aramada güven ve stresle başa çıkmada diğer yapıcı unsurlarla tanımlanır. Kısaca; yetişkin ilişkilerinde güvenli bağlanma, hem yakınlık hem de özerkliğin temelini oluşturmaktadır. Bu durumda güvenli bağlanamayan yetişkinler için güvenilir bir desteğe sahip olma algısının temeline dayanan özerklik ve yakınlık duygusunun gelişmemiş olduğu söylenebilir.

Vajinismus tanısını yordayan değişkenler içinde kadınların eşleri için ilk sırada regresyon analizine giren faktör ise eşlerinin **kayıtsız bağlanma** stiline sahip olmalarıdır. Kayıtsız bağlanma stiline sahip kişiler kendilerine ait olumlu,

başkalarına ilişkin olarak ise olumsuz zihinsel modellere sahiptirler. Bu örüntü içinde, bağlanma gereksiniminin kabul edilmemesi dolayısıyla bağlanma güvenliğinin yokluğu, saplantılı biçimde kendine güven ve diğerlerinden duygusal olarak uzak durma tercihi ile tanımlanan karmaşık bir mekanizma işlemektedir. Çünkü bağlanma objesinin reddedişi karşısında olumlu benlik imgesini sürdürmenin tek yolu, kendini bu kişiden uzak tutmak ve olumsuz duyguları önemsizleştirecek bir benlik modeli geliştirmektir. Başkalarıyla oldukça mesafeli ilişkilere giren ve yakın ilişkilerden kaçınarak, bağımsız olmanın önemini vurgulayan bu bireylerin yakınlığı yitirme pahasına özerkliğe aşırı önem verdikleri söylenmektedir (Waldinger ve ark., 2003).

Bağlanma stillerine ilişkin bu bulgulardan yola çıkıldığında; vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinde başkalarına yakın olmaktan ya da bağımlı olmaktan duyulan rahatsızlık hissi ve özerkliğe verilen aşırı önem; vajinismus tanısı alan kadınlarda ise olumsuz benlik algısı ve gelişmemiş özerklik duygusu ile tanımlanan bir tablo ortaya çıkmaktadır.

Hem kadınlar hem de eşleri için **“İç İçe Geçme”** ve **“Fedakarlık”** şemaları vajinismus tanısını en iyi yordayan değişkenler arasındadır. Bu açıdan; bu çiftlerin genel özellikleri bağımsız olma ya da işlerin üstesinden gelme yeteneklerini engelleyen kesin beklentilere sahip olma, kendi duygu ve ihtiyaçlarını göz ardı etme ya da bastırma, bir ya da daha fazla önemli kişiye karşı aşırı duygusal bağlılık ve yakınlık duyma şeklinde özetlenebilir. Aynı zamanda tanı grubundaki çiftlerin **İç İçe Geçme** alt ölçek puanlarına ait korelasyon katsayısı da (.236) İç İçe Geçme EDUŞ’u

açısından çiftlerin birbirlerine anlamlı düzeyde benzerlik gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Tanı grubundaki çiftler arasında ortaya çıkan bu benzerliğin vajinismusun nedeni ya da vajinismusla baş etme mekanizması olarak işlev görebileceği düşünülmektedir. Bu açıdan hem tedavi sürecinde hem de bundan sonra yapılacak araştırmalarda elde edilecek daha ayrıntılı bilgilerin bu konuya ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bağlanma stilleri açısından bakıldığında vajinismus tanısı alan kadınların *olumsuz benlik algısı ve gelişmemiş özerklik duygusuna sahip olmaları* ile **“İç İç Geçme”** ve **“Fedakarlık”** EDUŞ’larına sahip olmaları birbiriyle tutarlı bulgular olarak yorumlanabilir. Ancak vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinin bağlanma stilleri açısından *başkalarına yakın olmaktan ya da bağımlı olmaktan duyulan rahatsızlık hissi ve özerkliğe verilen aşırı önem* boyutunda yer alırken aynı zamanda **“İç İç Geçme”** ve **“Fedakarlık”** EDUŞ’larına sahip olmaları; bu bireylerin yakın ilişkilerdeki özerklik duygusu ve sınırlar açısından yoğun karmaşa içinde oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Kadınlar ve eşleri için **“Duygusal Yoksunluk”** EDUŞ’u ile vajinismus tanısı arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Duygusal yoksunluk şemasına sahip kişi; güvenlik, süreklilik, bakım, şefkat, duyguların paylaşılması, kabul edilme ve güven ihtiyaçlarının karşılanmayacağı ile ilgili bir beklenti içindedir. Vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinin bu şemadan daha düşük puan almaları; bu çiftlerin **“İç İç Geçme”** ve **“Fedakarlık”** şemalarına yönelik daha uyumsuz temsillere sahip olmalarıyla açıklanabilir. Çünkü bu çiftlerin karşılıklı bakım, şefkat

ve duygusal yakınlık konularında aşırı biçimde birbirlerine bağımlı oldukları anlaşılmaktadır.

Bunların dışında **“İstenilmeme / Yetersizlik”** ve **“Bağımlılık”** şemasından alınan yüksek puanlar sadece kadınlar için vajinismus tanısını yordayan birer faktör olarak regresyon analizine girmiştir. Bu şemalar da tıpkı **“İç İçe Geçme”** ve **“Fedakarlık”** şemaları gibi yetersiz ayrışma / bireyselleşme süreci ve başkalarının onayını gerekli kılan öz saygı ile ilgilidir. Bu nedenle; vajinismus tanısı alan kadınların kendilerini ve duygularını ifade etmelerine ve kendilerini ortaya koymalarına yönelik müdahalelerin tedavide önemli rol oynayacağı düşünülmektedir. Bu bulgulardan çıkan bir diğer önemli sonuç; vajinismus tanısı alan kadınlarda yetersiz ayrışma ve bağımlılık ön plana çıkarken; eşlerinin başkalarıyla yakın olmaktan duyulan rahatsızlık hissi ile tanımlanan kayıtsız bağlanma stiline sahip olmasıdır. Bu durumda çiftin sınırlar ve özerklik konusunda çatışmalar yaşayabileceğinin terapilerde gözden kaçırılmaması gereken bir nokta olduğu söylenebilir.

“Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik” şemasından alınan yüksek puanlar ise sadece erkekler için eşlerindeki vajinismus tanısını yordayan bir değişken olarak regresyon denkleminde girmiştir. Bu faktörden yüksek puan alan kişiler, delirme hissi, kalp krizi geçirme gibi içsel korkuların, dünya tehlikeleri ile ilgili dışsal felaketlerin, herhangi bir zamanda, kendi kontrolleri dışında ortaya çıkacağı yönünde inançları olan kaygı düzeyi yüksek kişilerdir. Vajinismus tanısı alan kadınların “vajinanın penisi içine alamayacak kadar küçük olduğu ve vajinal

giriş sırasında vajinal duvarların yırtılacağı”, “vajinal girişin gerçekleşmesi halinde hastalık kapılacağı” gibi vajinismusa özgü korkular yaşayabileceğini düşünen pek çok yazar vardır (Crowley, Richardson ve Goldmeier, 2006; Koehler, 2002). Bu çalışmada “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik” şemasının vajinismus tanısı alan kadınlarda değil de eşlerinde ortaya çıkması şaşırtıcı bir bulgudur. Bu açıdan bakıldığında; vajinismus tanısı alan kadınların eşlerinin de cinsel birleşme ile ilgili özgül korkular yaşayıp yaşamadıkları sorusu akla gelmektedir. Ayrıca yayınlarda “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik” şemasının anksiyetenin en iyi yordayıcısı olduğuna dair bulgular da mevcuttur (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract ve Jordan, 2002). Bu açıdan erkeklerdeki kaygı düzeyinin kadınların vajinismus tanısı almalarında önemli bir etken olarak devreye girme olasılığı söz konusu olabilir. Daha sonra yapılacak araştırmalarda; vajinismus tanısı alan kadınların eşleri kaygı ve korku boyutlarında ayrıntılı bir şekilde değerlendirildiği takdirde vajinismusun nedenleri ve tedavisi açısından önemli bilgiler elde edilebileceği düşünülmektedir.

Son olarak; giriş bölümünde değinildiği gibi; bazı araştırmacılar pelvis tabanı kas aktivitesinin tüm kadınlar için tehdit edici bir uyarana karşı savunma mekanizması olarak işlev gördüğünü ileri sürmektedir (Van Der Velde, Laan ve Everaerd, 2001). Bu durumda pelvis tabanındaki aşırı gerginliğin; vajinismus tanısı alan kadınlardaki güvensiz bağlanma stilleri ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar nedeniyle yakın ilişkilerinde yaşadıkları aşırı kaygıya bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma sonuçlarından yola çıkarak; vajinismus tedavisinin dilatatörlerle vajen genişletmesinden ve vajinal içe alımdan ibaret olmayıp, kadın cinselliğine ve savunma davranışına ait daha bütünsel bir bakışa sahip olunması gerektiği, vajinismus tanısı alan kadınların ve eşlerinin bozulmuş otonomi ile ilgili olduğu düşünülen bağımlılık, fedakarlık, iç içe geçme eğilimleri ile bunlara bağlı olarak ortaya çıkan yakın ilişkilerdeki kaygı yaşantısı üzerinde daha fazla çalışılması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle yetersizlik, güvensizlik duyguları ve yakın ilişkilerinde aşırı bağımlılık yaşayan kadınların ve yakın ilişkilerinde duygusal olarak uzak durma ihtiyacı ile bağımlılık eğilimleri arasında karmaşa yaşayan eşlerinin ilişkideki sınırlar, özerklik duygusu ve duyguların ifadesi gibi alanlarda terapötik yardıma ihtiyaç duyabileceklerini söylemek mümkündür.

4.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Giriş bölümünde de değinildiği gibi DSM-IV-TR’de vajinismus tanısında yer alan “ağrı”, “spazm”, “vajinanın dış üçte birindeki kaslar” gibi kavramlar için net tanımlar yapılmamıştır. Ayrıca yine vajinismus için ayırıcı tanı ölçütü olduğu düşünülen kaygı, kaçınma ya da korku boyutları DSM-IV-TR’de yer almamaktadır. Bu açıdan bakıldığında; bu araştırmaya katılan kadınların vajinismus tanılarının yapılandırılmış bir görüşme ölçeği ile değil; DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre konulmuş olması bu araştırmanın en önemli sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmanın diğer bir sınırlılığı ise; yetişkin bağlanma stillerini değerlendirmek amacı ile kullanılan YİYE-II ve erken dönem uyumsuz şemaları belirlemek amacı ile

kullanılan ŞÖ'nün psikometrik özelliklerinin daha çok üniversite öğrencilerinden oluşan örneklem üzerinde çalışılmış olmasıdır. Bu açıdan yansız bir normal popülasyondan elde edilmiş normları olmadığı için üniversite öğrencilerinden saptanan normların klinik bir örneklemin bulgularını karşılaştırmada yetersiz kalabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinin erken çocukluk dönemine ait derin bilişsel yapılarını araştıran çalışmaların olmaması, bu araştırmadan elde edilen bulguların karşılaştırıp yorumlanmasını zorlaştırmaktadır. Vajinismus yakınması olan daha çok çiftin katılımıyla yapılacak çalışmalarla bu eksikliklerin giderileceği düşünülmektedir.

ÖZET

DSM-IV’te vajinismus bir cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır ve kadın cinsel ağrı bozuklukları alt kategorisine dahil edilmiştir. Temel tanı ölçütü; “vajinanın dış üçte birindeki kaslarda, tekrarlayan ya da sürekli istem dışı ve cinsel ilişkiye engel olan spazmın” varlığıdır. Özellikle batılı kaynaklarda nadiren bildirilen vajinismus ülkemizde oldukça yüksek oranlarda görülmektedir.

Bu çalışmanın amacı vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerini vajinal giriş zorluğu bulunmayan kadınlar ve eşleriyle karşılaştırarak vajinismus tanısıyla ilişkilendirilen cinsel bilgi, cinsel taciz, ilişki uyumu, ağrı algısı gibi etiyolojik denencelerden bir kısmı; erken dönem uyumsuz şemalar ve bağlanma stilleri açısından gruplar arasında ne gibi farklılıklar olduğunu saptamaktır.

Bu amaçla; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde vajinismus tanısı ile izlenen 45 kadın ve eşi tanı grubu olarak; vajinal giriş zorluğu bulunmayan ve sosyo-demografik özellikler bakımından tanı grubuna benzeyen 48 kadın ve eşi ise karşılaştırma grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan çiftler Kişisel Bilgi Formu eşliğinde değerlendirilerek, temel şemalar için Young Şema Ölçeği ve bağlanma stilleri için Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular şunlardır:

- Tanı grubundaki çiftler yakın ilişkilerinde daha fazla kaygı yaşamaktadırlar.
- Kayıtsız bağlanma stili daha çok eşleri vajinismus tanısı alan erkekler arasında görülmektedir.
- Tanı grubundaki çiftler “Güvensizlik / Suistimal Edilme”, “İstenilmeme / Yetersizlik”, “Bağımlılık”, “İç İçe Geçme”, “Fedakarlık”, “Duyguların Bastırılması” ve “Kendini Kontrolde Yetersizlik” erken dönem uyumsuz şemaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.
- Kadınlar arasında “Güvensiz Bağlanma”, “Duygusal Yoksunluk”, “İç İçe Geçme”, “İstenilmeme / Yetersizlik”, “Bağımlılık” ve “Fedakarlık” boyutları vajinismus tanısını yordamaktadır.
- Erkekler arasında “Kayıtsız Bağlanma”, “Duygusal Yoksunluk”, “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında İncinebilirlik”, “İç İçe Geçme” ve “Fedakarlık” boyutları eşlerindeki vajinismus tanısını yordamaktadır.

Sonuç olarak vajinismusun cinsel işlevlerin pek çok alanını etkileyen bir cinsel işlev bozukluğu olduğu, vajinismus tedavisinin dilatatörlerle vajen genişletmesinden ve vajinal içe alımdan ibaret olmayıp, kadın ve erkek cinselliğine ait daha bütünsel bir bakışa sahip olması gerektiği, terapilerde kadınların ve eşlerinin bağlanma stilleri ve erken dönem uyumsuz şemaları üzerinde çalışılması gerektiği sonucu çıkarılmıştır.

SUMMARY

In DSM-IV vaginismus is categorized as a sexual dysfunction and inserted in sub-category of female sexual pain disorders. The basic diagnosis criterion is that “it is the existence of the spasm of 1/3 muscle of vaginas outside, this spasm reiterates or is continuously unwilling and impedes sexual intercourse.” Especially in Western sources vaginismus which is rarely reported is seen at quite high rates in our country.

The aim of this study is to compare women with vaginismus and their husbands with woman who do not have the difficulty of vaginal entrance and their husbands in point of some parts of etiological hypothesis connected with vaginismus such as sexual knowledge, sexual abuse, relationship adjustment and perception of genital pain, early maladaptive schemas and attachment styles to determine what kind of differences they have.

In diagnosis group there are 45 couples who applied to Ankara University Medical School, Psychiatry Polyclinic with complaint of vaginismus. In comparison group there are 48 couples who are similar with diagnosis group in point of socio-demographic features. With the couples that were taken to this work, accompanied by Individual Information Form’s evaluation, Young Schema Inventory for early maladaptive schemas and Experiences in Close Relationships-Revised for attachment styles have been used.

Results of the study are as follows:

- Couples in diagnosis group feel more anxiety in their close relationships.
- Husbands of woman with vaginismus have dismissing attachment style more than other groups.
- There is statistically significant difference between diagnosis group and comparison group in “Abandonment / Instability”, “Incompetence”, “Dependence”, “Enmeshment”, “Self-Sacrifice”, “Emotional Inhibition” and “Insufficient Self-Control” early maladaptive schemas.
- In woman, “Insecure Attachment”, “Emotional Deprivation”, “Enmeshment”, “Incompetence”, “Dependence” and “Self-Sacrifice” dimensions predict diagnosis of vaginismus.
- In man, “Dismissing Attachment”, “Emotional Deprivation”, “Vulnerability to Harm and Illness”, “Enmeshment” and “Self-Sacrifice” dimensions predict woman’s diagnosis of vaginismus.

As a result vaginismus being a sexual function disability that affects all the fields of sexual functions and its medical treatment’s not only being composed of vagina widening with dilators and vaginal act of taking in; the necessity of an entire view concerning female and male sexuality and the necessity of working on these women’s and their partners attachment styles and early maladaptive schemas have been concluded.

KAYNAKÇA

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

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

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

Allen, J. P., Hauser, S. T. ve Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 254-263.

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

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

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

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

Bahadır, Ş. (2006). Romantik ilişkilerde bağlanma stilleri, çatışma çözme stratejileri ve olumsuz duygudurumunu düzenleme arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı.

Balkaya, F. (2005). Bilgi işleme süreçleri açısından bağlanma kuramının yeniden ele alınması. Türk Psikoloji Yazıları, 8(özel ek sayı), 17-41.

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

Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow. Journal of Sex & Marital Therapy, 28, 289-300.

Bartholomew, K. ve Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 226-241.

Batur, S. (2004). Yeme tutum bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı.

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

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

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

Björck C., Clinton, D., Sohlberg, S., Hallström, T. ve Norring, C. (2003). Interpersonal profiles in eating disorders: Ratings of SASB self-image. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76, 337-349.

- Black, J. S. (2005). Integrating medical and psychological treatment for sexual problems: The psyche and the soma. Sexual and Relationship Therapy, 20(1), 105-113.
- Blissett, J., Walsh, J., Harris, G., Jones, C., Leung, N. ve Meyer, C. (2006). Different core beliefs predict paternal and maternal attachment representations in young women. Clinical Psychology and Psychotherapy, 13, 163-171.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D. ve Galluzzo, C. (2006). Associations among everyday stress, critical life events, and sexual problems. The Journal of Nervous and Mental Disease, 194 (7), 494-501.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1: Attachment. (2nd ed., 1984; reprinted, 1989). London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2: Separation and anxiety anger. (reprinted, 1987) London: Penguin Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. ve Shaver, P. R. (1998). Self report of measurement of adult attachment: An integrative overview. J. A, Simpson, & W. S, Rholes (Ed.), Attachment Theory And Close Relationships. New York: The Guilford Press.

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

Cecero, J. J., Nelson, J. D. ve Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct of the Early Maladaptive Schema Questionnaire – Research Version (EMSQ-R). Clinical Psychology and Psychotherapy, 11, 344-357.

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

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

Cyranowski, J. M. ve Andersen, B. L. (2000). Evidence of self-schematic cognitive processing in women with differing sexual self-views. Journal of Social and Clinical Psychology, 19, 519-543.

Çetiner, G. (2006). Aile içi şiddet yaşayan kadınlarda cinsel sorunlar ve intihar olasılığı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinler Arası Sosyal Psikiyatri Ana Bilim Dalı.

Davis, H. J. ve Reissing E. D. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: A critical review of the literature. Sexual and Relationship Therapy, 22(2), 245-254.

Devroede, G. (1999). Front and rear: The pelvic floor is an integrated functional structure. Medical Hypotheses, 52(2), 147-153.

Engman, M., Lindehammar H. ve Wijma B. (2004). Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25, 281-294.

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

Fraley, R. C., Waller, N. G. ve Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. Journal of Personality and Social Psychology, 78, 350-365.

Geçtan, E. (2000). Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar. (15. basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

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

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

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

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

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

Guidano, V. F. ve Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy. New York: The Guilford Press.

- Güngör, D. (2000). Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklara aktarımında anababalık stillerinin rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı.
- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction. The Journal of Men's Health and Gender, 4(1), 18-2.
- Hawton, K. ve Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. Sexual and Marital Therapy, 5, 39-48.
- Hazan, C. ve Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. Psychological Inquiry, 5, 1-22.
- Heiman, J. R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them. Archives of Sexual Behavior, 31(5), 445-450.
- Hiller, J. (2000). Defining vaginismus. Sexual and Relationship Therapy, 15(1), 87-90.
- Holmes, J. (1997). Attachment, autonomy, intimacy. British Journal of Medical Psychology, 70, 231-248.

Huprich, K. S., Stepp, D. S., Graham, A. ve Johnson, L. (2004). Gender differences in dependency, separation, object relations and pathological eating behavior and attitudes. Personality and Individual Differences, 36, 801-811.

James, I. A., Southam, L. ve Blackburn, I. M. (2004). Schemas revisited. Clinical Psychology and Psychotherapy, 11, 369-377.

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

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

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

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

Kayaalp, M. L. (2005). Düşüncenin bedensel kökenleri. Psikanaliz Yazıları, 11, 53-63.

- Klohnen, E. C. ve John, O. P. (1998). Working models of attachment: a theory-based prototype approach. J. A, Simpson, & W. S, Rholes (Ed.), Attachment Theory And Close Relationships. New York: The Guilford Pres.
- Koehler, J. D. (2002). Vaginismus: Diagnosis, etiology and intervention. Contemporary Sexuality, 36(9), 1-8.
- Küçük, L. ve Buzlu, S. (2006). Vajinismusun psikososyal yönü. Androloji Bülteni, 24, 79-81.
- Lemke, W. (2005). Utilizing hypnosis and ego-state therapy to facilitate healthy adaptive differentiation in the treatment of sexual disorders. American Journal of Clinical Hypnosis, 47(3), 179-189.
- Maria, G., Cadeddu, F., Brisinda, D., Brandara, F. ve Brisinda, G. (2005). Management of bladder, prostatic and pelvic floor disorders with botulinum neurotoxin. Current Medicinal Chemistry, 12, 247-265.
- Mash, J. E. ve Wolfe, A. D. (2005). Abnormal child psychology. (3rd. ed.). Belmont: Thomson Wadsworth.
- Mason, O., Platts, H. ve Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 78, 549-564.

- Mchichi-Alami, K. ve Kadri, N. (2004). Moroccan women with a history of child sexual abuse and its long-term repercussions: A population-based epidemiological study. Archives of Women's Mental Health, 7, 237-242.
- Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 1203-1215.
- Mikulincer, M. ve Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. J. A, Simpson & W. S, Rholes (Ed.), Attachment Theory And Close Relationships. New York: The Guilford Pres.
- Mikulincer, M. ve Horesh, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: The role of projective mechanisms. Journal of Personality and Social Psychology, 76, 1022-1034.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. ve Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. Motivation and Emotion, 27(2), 77-102.
- Mills, B. ve Turnbull, G. (2004). Broken hearts and mending bodies: The impact of trauma on intimacy. Sexual and Relationship Therapy, 19(3), 265-289.

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

Myskow, L. (2006). The impact of childhood sexual abuse on women's healthcare. Journal of Cytopathology, 17(1), 1-29.

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

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

Ng, M. L. (2000). Towards a bio-psychosocial model of vaginismus: A response to Janice Hiller. Sexual and Relationship Therapy, 15(1), 91-92.

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

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

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

- Oktay, M. ve Tombul, K. (2003). 200 Vajinismus vak'ası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi. Yeni Symposium, 41(3), 115-119.
- Özmen, E. (1999). Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 2, 49-53.
- Özüğurlu, K. (1991). Psikosomatik cinsel bozukluklar. E, Adam (Ed.), Psikosomatik Hastalıklar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Peleg, R., Press, Y. ve Ben-Zion, I. Z. (2001). Glyceryl trinitrate ointment as a potential treatment for primary vaginismus. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 96, 111-112.
- Peterson, R. J. ve Moran, G. (1988). Attachment theory, personality, development and psychotherapy. Clinical Psychology Review, 8, 611-636.
- Pianta, R. C., Egeland, B. ve Adam, E. K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(2), 273-281.
- Platts, H., Tyson, M. ve Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 322-348.

- Praharaj, S. K., Verma, P. ve Arora, M. (2006). Topical lignocaine for vaginismus: A case report. International Journal of Impotence Research, 18, 568-569.
- Pukall, C. F., Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S. ve Abbott, F. V. (2000). New clinical and research perspectives on the sexual pain disorders. Journal of Sex Education and Therapy, 25(1), 36-44.
- Ramage, M. (2003). Female sexual dysfunction. Psychiatry, 3(2), 16-20.
- Reissing, E. D. (2002). Re-evaluating vaginismus: An empirical investigation of diagnostic reliability, vaginal spasm, pain and associated etiological correlates. A Thesis of the Degree of Doctor of Philosophy. Montreal: McGill University, Department of Psychology.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M. ve Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist: A critical review of the literature. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187(5), 261-274.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D. ve Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema and relationship adjustment. . Journal of Sex & Marital Therapy, 29, 47-59.

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

Reissing, E. D., Laliberte, G. M. ve Davis, H. J. (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. The Canadian Journal of Human Sexuality, 14 (3-4), 77-85.

Rosenbaum, T. Y. (2005). Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. Journal of Sex & Marital Therapy, 31, 329-340.

Rothbard, J. C. ve Shaver, P. R. (1994). Continuity of attachment across the life span. M. B, Sperling & W. H, Berman (Ed.), Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives. New York: The Guilford Press.

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

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

- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. ve Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schema. Cognitive Therapy and Research, 9(3), 295-321.
- Segraves, R. T. (2001). Historical and international context of nosology of female sexual disorders. Journal of Sex & Marital Therapy, 27, 205-207.
- Selçuk, E., Günaydın, G., Sümer, N. ve Uysal, A. (2005). Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Yazıları, 8(16), 1-12.
- Seo, J. T., Choe, J. H., Lee, W. S. ve Kim, K. H. (2005). Efficacy of functional electrical stimulationbiofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. The Journal of Urology, 66, 77-81.
- Sezgin, N. (1997). The factor study of Schema Questionnaire on a Turkish sample. Fifth European Congress of Psychology. (abstract book). Dublin: Ireland.
- Shafik, A. ve El-Sibai, O. (2000). Vaginismus: Results of treatment with botulin toxin. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 20(3), 300-302.

- Shafik, A. ve El-Sibai, O. (2002). Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: A concept of pathogenesis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 105, 67-70.
- Shokrollahi, P., Mirmohamadi, M., Mehrabi, F. ve Babaei, G. (1999). Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. Journal of Sex & Marital Therapy, 25, 211-215.
- Sibley, C. G. ve Liu, J. H. (2004). Short term temporal stability and factor structure of the revised experiences in close relationships (ECR-R) measure of adult attachment. Personality and Individual Differences, 36, 969-975.
- Smith, K. M. ve Gillmer, M. D. (1998). Amielle vaginal trainers – a patient evaluation. Journal of Obstetrics and Gynecology, 18(2), 146-147.
- Sungur, M. (1994). Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. Sexual and Marital Therapy, 9(3), 251-265.
- Sungur, M. Z. (2000). Cinsel işlev bozuklukları. I, Sayıl (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. (2. baskı). Ankara: ANTIP Yayınları.

- Sümer, N. ve Güngör, D. (1999). Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. Türk Psikoloji Dergisi, 14(44), 35-58.
- Ter Kuile, M. M., Van Lankveld, J. J. D. M., De Groot, E., Melle, R., Neff, J. ve Zandbergen, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. Behaviour Research and Therapy, 45, 359-373.
- Tuğrul C. ve Kabakçı E. (1997). Vaginismus and its correlates. Sexual and Marital Therapy, 12(1), 23-34.
- Tulla, M. E., Dunn, M. E., Antilus, R. ve Muneccia-Delale, O. (2006). Vaginismus and failed in vitro fertilization. Sexual and Relationship Therapy, 21(4), 439-443.
- Türköz, Y. (2003). Kaygı bozuklukları ve aşırı kontrol. Türk Psikoloji Bülteni, 30-31, 97-106.
- Van Der Velde, J. ve Everaerd, W. (1999). Voluntary control over pelvic floor muscles in women with and without vaginistic reactions. International Urogynecological Journal, 10, 230-236.

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

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

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

Waldinger, R. J., Seidman, E. L., Gerber, A. J., Liem, J. H., Allen, J. P. ve Hauser, S. T. (2003). Attachment and core relationship themes: Wishes for autonomy and closeness in the narratives of securely and insecurely attached adults. Psychotherapy Research, 13(1), 77-98.

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

- Weiss, J. C. (2001). Treating vaginismus: Patient without partner. Journal of Sex Education and Therapy, 26(1), 28-33.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. ve Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire - Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. Cognitive Therapy and Research, 26(4), 519-530.
- Wijma, B., Engman, M. ve Wijma, K. (2007). A model for critical review of literature – with vaginismus as an example. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 28(1), 21-36.
- Yetkin, N. (1999). Vajinismus. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi, 3, 26-29.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press.
- Zimmerman, P. ve Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego – identity status. Journal of Adolescence, 25, 107-124.

Ek 1

Bu çalıřmanın amacı, bireylerin kendileri ve yakın iliřkileri hakkındaki duygu ve dūřüncelerini belirlemektir. Bu nedenle lūtfen deęerlendirmelerinizi gerçek duygu ve dūřüncelerinizi yansıtacak řekilde dūrūřte ve titizlikle yapınız. Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve bu anketlerden elde edilen bilgiler bu çalıřma dıřında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Alınan bilgiler toplum hakkında genel bir fikir edinmeyi amaçlamaktadır ve tek tek bireylere yōnelik hiçbir sonuca varılmayacaktır. Sizden kimlięinizi açıęa çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir.

Katılımınız ve gōsterdięiniz ilgiden dolayı teřekkūr ederim...

Ankara Őniversitesi

Uygulamalı (Klinik) Psikoloji Blim Dalı

Yūkksek Lisans Őęrencisi

Özge eri

Ek 2

Vajinismus tanısını ne kadar süre önce aldınız?

() 1 aydan az oluyor

() 1 – 6 ay önce

() 6 – 12 ay önce

() 1 – 5 yıl önce

() 5 – 10 yıl önce

() 10 yıldan fazla oluyor

Vajinismusa yönelik bir tedavi aldınız mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız evetse, ne tür tedaviler aldınız?

.....

.....

.....

.....

Ek 3
Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz
(1) Kadın (2) Erkek
2. Doğum Tarihiniz (Gün / Ay / Yıl)
.....
3. Yaşamınızın çoğu nasıl bir yerleşim merkezinde geçti?
(1) Köy ve kasaba
(2) Küçük şehir
(3) Büyük şehir
4. Öğrenim Düzeyiniz
(1) Okur – yazar
(2) İlkokul mezunu
(3) Ortaokul mezunu
(4) Lise mezunu
(5) Üniversite ve Yüksekokul mezunu
(6) Lisansüstü öğrenim mezunu
5. Şu anda çalışıyor musunuz?
(1) Evet (2) Hayır
Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz
.....
6. Yaptığınız iş ya da meslekten memnun musunuz?
(1) Memnunum
(2) Memnun değilim
(3) Kararsızım
7. Evinize giren aylık toplam gelir
(1) 1500 YTL ve altı
(2) 1500 – 400 YTL arası
(3) 4000 YTL ve üstü
8. Aylık gelirinize göre yeterli mi?
(1) Evet (2) Hayır
9. Genelde beden sağlığınız nasıldır?
(1) Çok iyi
(2) İyi
(3) Orta
(4) İyi değil
(5) Hiç iyi değil
10. Genel olarak kendinizi nasıl hissedersiniz / ruh haliniz nasıldır?
(1) Çok iyi
(2) İyi
(3) Orta
(4) İyi değil
(5) Hiç iyi değil

11. Evlenme Tarihiniz (Gün / Ay / Yıl)

.....

Kaçıncı Evliliğiniz

.....

Önceki evliliğinizden kaç çocuğunuz var

.....

Bu evliliğinizden kaç çocuğunuz var

.....

12. Eşinizle nasıl evlendiniz?

(1) Kendimiz tanışarak

(2) Kendimizin ve ailelerimizin kararıyla

(3) Ailelerimizin kararıyla

(4) Diğer.....

13. Tanışma ile evlenme süresi arasında
yaklaşık ne kadar süre geçti?

.....

14. Kaç yaşında evlendiniz?

.....

Eğer hatırlamıyorsanız kaç yıldır
evlisiniz?

.....

15. Eşinizle aranız nasıldır?

(1) Çok iyi geçiniyoruz

(1) İyi geçiniyoruz

(2) Orta halli

(3) Geçinemiyoruz

16. Evlilik öncesi yeterli cinsel bilginiz var
mıydı?

(1) Vardı (2) Yoktu

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

(1) Zevk

(2) Gerekliklik

(3) Acı / ağrı

(4) Korku

(5) Günah

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

(1) Masturbasyon

(2) Sadece öpüşme

(3) Cinsel ilişki olmaksızın sevişme

(4) Cinsel İlişki

(5) Taciz

(6) Tecavüz

19. Bekaretin evliliğe kadar korunması
gerektiği görüşüne katılıyor musunuz?

(1) Katılıyorum

(2) Katılmıyorum

20. Evlenmeden önce eşinizle cinsel ilişkide
bulundunuz mu?

(1) Evet (2) Hayır

21. İlk cinsel deneyiminiz gerdek gecesinde
mi oldu?

(1) Evet (2) Hayır

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

(1) Evet (2) Hayır

23. Evliliğinizin ilk gecesinde cinsel ilişkiniz nasıl geçti?

(1) Cinsel ilişkiye girmedik
(2) Kanama ve / veya acı sonucu ilişkiyi devam ettiremedik
(3) Mecbur olduğum için cinsel ilişkiye razı oldum
(4) Zorunlu gibi başladım ama cinsel ilişkiden zevk aldım
(5) Cinsel ilişkimiz bir zevkti, orgazma ulaştık

24. Eşinizin fiziki görünümünden memnun musunuz?

(1) Memnunum
(2) Memnun değilim
(3) Kararsızım

25. Kendinizin fiziki görünümünden memnun musunuz?

(1) Memnunum
(2) Memnun değilim
(3) Kararsızım

26. Kadın ya da erkek olmaktan memnun musunuz?

(1) Memnunum
(2) Memnun değilim
(3) Kararsızım

27. Cinsel hayatınızdan memnun musunuz?

(1) Memnunum
(2) Memnun değilim
(3) Kararsızım

28. Evliliğiniz sırasında başka bir ilişkiniz oldu mu?

(1) Duygusal
(2) Cinsel
(3) Hem duygusal hem cinsel ilişkim oldu
(4) Olmadı

29. Evlendikten sonra hiç masturbasyon yaptınız mı?

(1) Sık sık
(2) Zaman zaman
(3) Nadiren
(4) Hiç yapmadım

30. Eğer masturbasyon yapıyorsanız, bundan eşinizin haberi var mı?

(1) Evet (2) Hayır

31. Cinsel konuları eşinizle rahatlıkla konuşur musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

32. Genellikle cinsel ilişki isteği kimden gelir?

(1) Eşimden
(2) Benden

33. Cinsel ilişkide bulunma isteğini nasıl belli edersiniz?

.....

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

- (1) Anlayışla karşılarım
- (2) Kendime kızarım
- (3) Eşime kızarım
- (4) Üzülürüm
- (5) Küserim
- (6) Kendimi reddedilmiş hissedirim

35. Cinsel ilişkiye girmeden önce ön sevişme yapar mısınız?

- (1) Evet
- (2) Hayır

36. Hangi sıklıkta cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?

- (1) Haftada 2 – 3 defa
- (2) Haftada 1 defa
- (3) Ayda 2 – 3 defa
- (4) Yılda birkaç defa
- (5) Hiç cinsel ilişkide bulunmuyoruz

37. Cinsel ilişki sırasında eşinizin tavrı nasıldır?

- (1) Eşim kendisini düşünür
- (2) Eşim beni de düşünür
- (3) Eşim daha çok beni düşünür
- (4) Birlikte hareket ederiz

38. Hiç orgazm yaşadınız mı?

- (1) Evet
- (2) Hayır

Cevabınız evetse, orgazmı hangi sıklıkla yaşarsınız?

- (1) Sık sık
- (2) Zaman zaman
- (3) Nadiren

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

- (1) Kadın
- (2) Erkek
- (3) Her ikisi için de önemlidir

40. Cinsel ilişkiden sonra kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat
- (2) Gergin
- (3) Kirli
- (4) Suçlu

Ek 4

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile eşiniz kastedilmektedir. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Hiç Kararsızım / Tamamen
katılmıyorum fikrim yok katılıyorum

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak bana zor gelir.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedikim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Hiç Kararsızım / Tamamen
katılmıyorum fikrim yok katılıyorum

17.Birlikte olduğum kişinin beni terkedeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18.Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19.Romantik ilişkide olduğum kişi kendime olan güvenimi sarsar.	1	2	3	4	5	6	7
20.Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21.Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22.Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23.Birlikte olduğum kişinin, bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24.Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25.Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26.Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27.Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28.Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
29.Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, benden hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30.Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31.Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendir.	1	2	3	4	5	6	7
32.Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33.Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
34.Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35.Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda farkeder.	1	2	3	4	5	6	7
36.Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 5
Şema Ölçeği

Yönerge: Aşağıda insanın kendini tanımlarken kullanabileceği bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup size ne kadar uygun olduğuna aşağıda verilen 1'den 6'ya kadar olan derecelendirmeyi kullanarak karar verin. İfadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında size en uygun olanı seçerek (X) işareti koyun.

Karar verirken zorlanırsanız, yanıtınızı bu ifadenin duygusal açıdan size uygun gelip gelmediğine bakarak verin; mantığınıza uygun olup olmaması önemli değildir.

Benim için HİÇ uygun değil = 1
Benim için ÇOĞUNLUKLA uygun değil = 2
Benim için BİRAZ uygun = 3
Benim için OLDUKÇA uygun = 4
Benim için ÇOĞUNLUKLA uygun = 5
Sanki tümüyle beni tanımlıyor = 6
LÜTFEN BOŞ BIRAKMAYINIZ.

	Size ne kadar uygun?	
	Hiç	Tümüyle
1. İnsanlar duygusal ihtiyaçlarımı karşılamak için yanımda olmadılar.	①	②③④⑤⑥
2. Şimdiye kadar sevgi ve ilgi görmedim.	①	②③④⑤⑥
3. Çoğu kez bana öğüt ve duygusal destek verecek, sırtımı dayayabileceğim kimsem olmadı.	①	②③④⑤⑥
4. Çoğu kez bana şefkat gösteren, duygularımı benimle paylaşan ya da bana neler olup bittiği ile yakından ilgilenen kimsem olmadı.	①	②③④⑤⑥
5. Çoğu kez bana yakın olmak ve uzun süre birlikte zaman geçirmek isteyen kimsem olmadı.	①	②③④⑤⑥
6. Genellikle, yanımda bana sıcaklık gösterecek, sarılacak, düşkünlük-sevgi gösterecek kimse olmadı.	①	②③④⑤⑥
7. Hayatımın çoğunda, kimse için özel biri olduğumu hissetmedim.	①	②③④⑤⑥
8. Çoğunlukla beni gerçekten dinleyen, anlayan ya da benim gerçek ihtiyaçlarıma ve duygularıma duyarlık gösteren kimsem olmadı.	①	②③④⑤⑥
9. Ne yapacağımı bilemediğim zamanlarda, bana sağlıklı öğüt verecek ve beni yönlendirecek güçlü biri çoğu zaman yanımda yoktu.	①	②③④⑤⑥
10. Bu düşüncemi destekleyen hiçbir tıbbi kanıt olmadığı halde, sevdiğim insanların yakında öleceğinden endişelenirim.	①	②③④⑤⑥

	Size ne kadar uygun? Hiç Tümüyle
11. Çoğunlukla, beni bırakıp gitmelerinden korktuğum için bana yakın olan kimselere yapışıp kalırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
12. Yakınlık hissettiğim insanların beni bırakacakları ya da terk edeceklerinden endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
13. Dayanabileceğim, sürekli bir duygusal destekten yoksun olduğumu hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
14. Önemli ilişkilerin süreceğini sanmıyorum, onların sona ereceği beklentisi içindeyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
15. Güvenilir bir biçimde ya da kayıtsız şartsız benim yanımda olamayacak insanlara bağlanırım/tutulurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
16. Sonunda yalnız kalacağım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
17. Önem verdiğim birinin benden uzaklaştığını hissedersen ümitsizliğe kapılırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
18. Bazen insanların beni terk edebileceklerinden öyle tedirgin olurum ki, onları kendimden uzaklaştırırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
19. Birisi beni kısa süre için bile olsa yalnız bırakırsa çok üzülürüm/kötü olurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
20. Bana destek veren/beni destekleyen insanların sürekliliğine güvenemem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
21. Diğer insanlarla gerçekten yakın olamıyorum çünkü onların daima yanımda olacaklarından emin olamam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
22. Hayatımdaki önemli insanlar sanki bir gelip bir gidiyorlar.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
23. Sevdığım insanlar tercih edecekleri başka birini bulup beni terk edecekler diye çok endişeleniyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
24. Bana yakın olan insanların sağı solu belli olmuyor: Bir an yanımdalar ve bana yakın davranıyorlar, hemen sonra öfkeli, keyifsiz, bencil ve kavgacı oluyorlar.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
25. Başka insanlara o kadar çok ihtiyacım var ki, onları kaybetmekten korkuyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
26. Beni koruyacak insanlar olmadığında kendimi öyle korunmasız hissediyorum ki, onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
27. İnsanlar beni terk edebilirler diye kendimi olduğum gibi ortaya koyamam ya da duygularımı ifade edemem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
28. İnsanların benden faydalanıp, beni kullanacakları (beni suistimal edecekleri) duygusu içindeyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
29. Sıklıkla kendimi diğer insanlardan korumam gerektiğini hissedirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
30. Diğer insanların yanında savunmalarımı bırakamayacağımı, yoksa onların bilebile beni inciteceklerini hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
31. Biri bana iyi davranırsa, mutlaka başka bir şeyin peşinde olduğunu düşünürüm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
32. Birinin beni hayal kırıklığına uğratması sadece bir an meselesidir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

	Size ne kadar uygun?
	Hiç Tümüyle
33. İnsanların çoğu sadece kendilerini düşünürler.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
34. İnsanlara güvenmekte çok zorlanırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
35. Diğer insanların niyetleri konusunda oldukça kuşkucuyum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
36. Diğer insanlar nadiren dürüsttür; çoğunlukla göründükleri gibi değildir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
37. Çoğunlukla insanların gizli niyetleri konusunda tetikte olurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
38. Birisinin beni inciteceğini düşünürsem, önce ben onu incitmeye çalışırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
39. İnsanlara güvenebilmem için çoğunlukla önce onların kendilerini bana kanıtlamaları / ispatlamaları gerekir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
40. Bana gerçeği söyleyip söylemediklerini ve iyi niyetli olup olmadıklarını anlamak için insanları denerim / test ederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
41. "Ya Kontrol et, ya da kontrol edil / etsinler" inancını benimserim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
42. Hayatım boyunca insanların bana nasıl kötü davranıp beni nasıl kullandıklarını düşündükçe öfkeleniyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
43. Hayatım boyunca bana yakın olan insanlar benden faydalandılar ve beni kendi çıkarları için kullandılar.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
44. Hayatımdaki önemli insanlar tarafından fiziksel, duygusal ya da cinsel olarak suistimal edildim/ kullanıldım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
45. Hiçbir yere uygun- ait değilim./ Bu dünyada yerim yok.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
46. Temelde diğer insanlardan farklı biriyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
47. Kimseye ait değilim, yalnız biriyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
48. Kendimi diğer insanlara yabancılaşmış hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
49. Kendimi tecrit edilmiş (soyutlanmış) ve yalnız hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
50. Kendimi daima grupların dışında hissedirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
51. Kimse beni gerçekten anlamıyor.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
52. Ailem her zaman çevremizdeki diğer ailelerden farklıydı.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
53. Bazen kendimi başka bir gezegenden gelmiş bir yaratık gibi hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
54. Yarın ortadan yok olsam, kimse fark etmezdi.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
55. Hoşlanacağım hiçbir erkek-kadın, yetersizliklerimi gördükten sonra beni sevemez.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
56. Hoşlandığım hiç kimse, beni gerçekten tanıdığı zaman, bana yakın olmak istemeyecektir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
57. Ben doğuştan yetersiz ve kusurluyum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
58. Ne kadar uğraşırsam uğraşayım, benim için önemli bir kadının (erkeğin) bana saygı duymasını ya da beni önemli, değerli biri gibi görmesini sağlayamam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
59. Diğerlerinin bana gösterdiği sevgi, ilgi ve saygıya layık değilim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

	Size ne kadar uygun? Hiç Tümüyle
60. Sevilemeyecek biri olduğumu hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
61. En temel konularda bile o kadar kabul edilemeyecek biriyim ki, kendimi başkalarına açamam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
62. Başkaları benim kusurlarımı öğrenirlerse onların yüzüne bakamam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
63. İnsanlar benden hoşlandığında onları aldatıyormuşum gibi hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
64. Beni çok eleştiren ya da beni red eden insanları çoğunlukla çekici bulurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
65. Bana yakın olan insanların öğrenmesini istemediğim bazı sırlarım vardır.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
66. Anne- babamın beni yeterince sevmemesi, benim suçum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
67. İnsanların benim gerçek yüzümü görmelerine/ beni gerçekten tanımalarına izin vermem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
68. En büyük korkularımdan biri, kusurlarıma açığa çıkmasıdır.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
69. Herhangi birinin beni nasıl sevebileceğini anlayamıyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
70. Cinsel açıdan hiç de çekici biri değilim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
71. Çok şişmanım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
72. Çirkinim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
73. Bir konuşmayı, bir söyleşiyi doğru dürüst sürdüremem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
74. Sosyal ortamlarda sıkıcı ve renksizim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
75. Benim değer verdiğim insanlar, sosyal statüm (maddi durumum, eğitimim ya da mesleğim) yüzünden benimle arkadaşlık etmek istemeyeceklerdir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
76. Sosyal ortamlarda ne söyleyeceğimi hiç bilemem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
77. İnsanlar beni gruplarına dahil etmek istemezler.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
78. Diğer insanların yanında, kendime çok fazla dikkat eder, yaptığım her şeyi gözlerim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
79. İş yerinde ya da okulda yaptığım hiçbir şey diğerlerinin yaptıkları kadar iyi değil.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
80. Başarı konusunda yetersiz biriyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
81. İş ve başarı konusunda insanların çoğu, benden daha yeteneklidir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
82. Başarısızım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
83. İş konusunda ya da derslerde çoğu insan benden daha yetenekli.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
84. İş ya da okul söz konusu olduğunda diğer insanlar kadar zeki değilimdir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
85. Yetersizliklerim ve başarısızlıklarım yüzünden iş dünyasında aşağılanıyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

	Size ne kadar uygun? Hiç Tümüyle
86. Başarılarım konusunda kendimi diğer insanlardan daha aşağı gördüğüm için genellikle başkalarının yanında utanırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
87. Sıklıkla başarılarımı başkaları ile kıyaslarım ve onların benden çok daha fazla başarılı olduklarını hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
88. Günlük yaşantımı kendi başıma sürdürebileceğimi sanmıyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
89. Hayatımı sürdürebilmem için başka insanlara ihtiyacım var.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
90. Olaylarla kendi başıma mücadele edebileceğimi sanmıyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
91. Bence diğer insanlar beni, benim kendimi koruyacağımdan daha iyi koruyabilirler.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
92. Bana rehberlik edecek-yol gösterecek- biri olmazsa işim dışında yeni bir şeylerle uğraşmakta güçlük çekerim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
93. Günlük hayatımda bağımlı bir insan olduğumu düşünüyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
94. İşim ya da okul dışında denediğim her şeyi berbat ederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
95. Yaşamımın çoğu alanında beceriksizim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
96. Günlük hayatta kendi mantığıma güvenirsem yanlış kararlar verebilirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
97. Sağ duyum yok.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
98. Günlük hayatta, benim yargılarıma ve mantığıma güvenilemez.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
99. Günlük hayatta ortaya çıkan sorunları çözebilme yeteneğim konusunda kendime güvenmem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
100. Pratik konularda bana öğüt verecek, güvenebileceğim birine ihtiyacım olduğunu hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
101. Günlük hayattaki sorumluluklarla uğraşırken kendimi yetişkin/genç gibi değil, daha çok bir çocuk gibi hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
102. Günlük hayatın sorumlulukların çok bunaltıcı bulurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
103. Kötü bir şeyler olacakmış duygusundan bir türlü kurtulamıyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
104. Her an bir felaket (doğal, maddi, sağlıkla, toplumsal suçlarla ilgili) olacakmış gibi bir duygu içindeyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
105. Sokaklarda başıboş gezen bir serseri, bir garip olacağım diye endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
106. Bir saldırıya uğrayacağım diye endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
107. Para konusunda çok titiz davranmam gerektiğini yoksa, elimde hiçbir şey kalmayacağını hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
108. Hasta olmamak ya da kazaya uğramamak için önlemler almaya çalışırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
109. Bütün paramı kaybedip, muhtaç durumda kalacağım diye endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
110. Doktorlar önemli bir şey bulamadıkları halde ciddi bir hastalığa yakalandım diye endişeleniyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

	Size ne kadar uygun? Hiç Tümüyle
111. Korku dolu bir insanım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
112. Dünyadaki suçlar, çevre kirliliği vb. Olaylar için çok endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
113. Sık sık delireceğim hissine kapılırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
114. Sık sık sinir krizi geçirecek gibi hissederim./sık sık kaygı atağı geçirecek gibi hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
115. Çok az tıbbi bir neden olsa bile, sıklıkla kalp krizi geçireceğimden endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
116. Dünyanın tehlikeli bir yer olduğunu hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
117. Henüz benim yaşımdaki başka insanların yapabildiği gibi kendimi anne-babamdan ayıramadım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
118. Annem-babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgiliyizdir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
119. Suçluluk duymadan ya da ihanete uğramış gibi hissetmeden özel hayatımızın ayrıntılarını, birbirimizden gizlemek anne-babam ve benim için çok zordur.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
120. Anne-babam ve ben, hemen hergün birbirimizle konuşmalıyız, yoksa birimizden biri kendini suçlu, incinmiş, hayal kırıklığına uğramış ya da yalnız hisseder.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
121. Çoğunlukla anne-babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğim/kişiliğim olmadığını hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
122. Çoğunlukla anne-babam benim içimde yaşıyorlarmış gibi hissederim.... Benim kendime ait bir hayatım yoktur.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
123. Yakın ilişkide olduğum insanlarla aramdaki mesafeyi korumak benim için çok zordur; kendimi onlardan ayrı hissetmekte zorluk çekerim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
124. Eşim ya da anne-babamla o kadar iç içeyim ki, gerçekten kim olduğumu ya da ne istediğimi bilmiyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
125. Kendi fikirlerimi ya da görüşümü, eşimin ya da anne-babaminkilerden ayırmakta zorlanırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
126. Anne-babam ya da eşim söz konusu olduğunda mahremiyetim yok gibidir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
127. Onlardan uzakta, kendi başıma yaşamamdan, anne-babam çok inciniyorlar ya da incineceklermiş gibi geliyor.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
128. Sonuçlarından korktuğum için diğer insanların kendi isteklerini yapmalarına izin veririm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
129. Kendi isteklerimi yapmaya kalkarsam yalnızca başımı derde sokacağımı düşünürüm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
130. Başka insanların isteklerine boyun eğmekten başka bir seçeneğim olmadığını sanıyorum, aksi takdirde beni reddecekler ya da intikam alacaklardır.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
131. İlişkilerimde, karşımdaki kişinin daha üstün-baskın olmasına izin veririm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

	Size ne kadar uygun? Hiç Tümüyle
132. Şimdiye kadar her zaman başkalarının benim adıma seçim yapmasına izin verdim, bu nedenle kendim için ne istediğimi gerçekten bilmiyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
133. Hayatımda verdiğim önemli kararlar, sanki benim kararlarım değilmiş gibi geliyor.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
134. Beni red etmesinler diye başkalarını memnun etme konusunda çok endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
135. Haklarıma saygı gösterilmesini ve duygularımın dikkate alınmasını istemekte çok güçlük çekerim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
136. İnsanlara öfkemi göstermek yerine hafif yollu öç alırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
137. Yüzleşmekten kaçınmak için insanlarla arama, çoğu kişinin yaptığından daha fazla mesafe koyarım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
138. Başkalarının ihtiyaçlarına kendiminkilerden daha öncelik tanırım, yoksa kendimi suçlu hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
139. Diğer insanları hayal kırıklığına uğrattığım zaman suçluluk duyarım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
140. Diğer insanlara, onlardan aldıklarımın daha fazlasını veririm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
141. Yakın olduğum insanlara bakma-göz kulak olma işi, sonunda hep bana kalır.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
142. Eğer birini seversem, tahammül edemeyeceğim-katlanamayacağım hemen hemen hiç bir şey yok gibidir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
143. Ben iyi bir insanım, çünkü başkalarını kendimden çok düşünürüm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
144. İş yerinde/okulda, ekstra işleri yapmak/ödev hazırlamak vs. için gönüllü olan, ya da fazladan zaman harcayan çoğunlukla ben olurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
145. Ne kadar meşgul olursam olayım, daima başkaları için zaman bulabilirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
146. Çok az şeyle yetinebilirim, çünkü ihtiyaçlarım çok azdır.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
147. Ben sadece çevremdekiler mutluysa mutlu olurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
148. İlgiilenmekte olduğum insanlar için bir şeyler yapmakla öylesine meşgulüm ki, kendim için çok az zamanım var.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
149. Herkesin sorunlarını dinleyen hep ben olmuşumdur.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
150. Benim için, hediye vermek; hediye kabul etmekten daha rahattır.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
151. Diğer insanlar beni, başkaları için çok fazla şey yapan ancak, kendisi için yeterince bir şeyler yapmayan biri olarak görürler.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
152. Ne kadar çok verirsem vereyim, bu, hiçbir zaman yeterli değildir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
153. Eğer istediğimi yaparsam, kendimi çok rahatsız hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
154. Başkalarından benim ihtiyaçlarımla ilgilenmelerini istemek benim için çok zordur.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

	Size ne kadar uygun? Hiç Tümüyle
155. Davranışlarımın kontrolünü kaybetmekten endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
156. Öfkem kontrolden çıkarsa, birine fiziksel ya da duygusal olarak ciddi bir zarar verebileceğimden endişelenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
157. Duygularım ve dürtülerimi (tepkisel davranışlarımı) kontrol etmem gerektiğini hissediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
158. İfade edemediğim bir çok öfke ve kırgınlık içimde birikir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
159. Başkalarına olumlu duygularımı (sevgi, ilgilenme vb.) gösterme konusunda çok sıkılgan ve mahcup biriyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
160. Başkalarına duygularımı açıklamaktan utanırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
161. Sıcak ve doğal olmak bana zor gelir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
162. Kendimi o kadar çok kontrol ederim ki, insanlar benim duygusuz olduğumu düşünürler.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
163. İnsanlar beni, duygusal olarak tutuk biri olarak görürler.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
164. Yaptığım her şeyde en iyi olmalıyım, ikinciliği kabul edemem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
165. Hemen her şeyi mükemmel bir düzen içinde tutmaya çabalarım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
166. Hemen her zaman en iyi şekilde görünmeliyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
167. Elimden gelenlerin en iyisini yapmaya çabalarım, "yeterince iyi" ile tatmin olmam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
168. Yapmam, bitirmem gereken o kadar çok şey var ki, tam olarak gevşemeye neredeyse hiç zaman yok.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
169. Hemen hemen yaptığım hiç bir iş yeterince iyi olmuyor; her zaman daha iyisini yapabilirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
170. Sorumluluklarımın hepsini yerine getirmeliyim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
171. Başarılı olmam ve işleri bitirmem için üzerimde sürekli bir baskı hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
172. Kendimi çok zorladığım için ilişkilerim zarar görüyor.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
173. "En iyiyi yapmak" için kendimi öyle bir baskı altına sokuyorum ki, sağlığım zarar görüyor.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
174. Kendi standartlarıma (hedeflerime) ulaşabilmek için çoğunlukla zevklerimi ve mutluluğumu feda ederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
175. Hata yaptığım zaman ağır bir eleştiriyi hakediyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
176. Hata yaptığımda kolaylıkla hafifletici nedenler bulamam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
177. Çok rekabetçi bir insanım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
178. Para ve statüye çok önem veririm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
179. Yaptığım işlerde daima "bir numara" olmalıyım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
180. Başka insanlardan bir şey istediğim zaman "hayır" yanıtını kabullenmekte çok zorlanırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
181. Eğer istediklerimi elde edemezsem genellikle öfkelenirim ve sinirli olurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

	Size ne kadar uygun? Hiç Tümüyle
182. Özel biri olduğum için diğer insanlar için koyulmuş kuralları kabul etmek zorunda değilim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
183. Yapmak istediklerimin engellenmesinden ve sınırlanmaktan nefret ederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
184. Diğerleri gibi normal kurallara ve düzenlere uymak, benim yapmamam gereken bir şeymiş gibi hissederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
185. Benim vereceklerimin diğer insanların katkılarından daha değerli olduğunu sanıyorum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
186. Çoğunlukla kendi ihtiyaçlarımı başkalarının ihtiyaçlarından daha önde tutarım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
187. Kendime ait önceliklerle uğraşmakla öylesine doluyum ki, sıklıkla arkadaşlarıma ya da aileme ayıracak zamanım olmadığını görürüm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
188. Çoğu zaman insanlar bana, işlerin yürütülmesinde çok denetleyici biri olduğumu söylerler.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
189. İnsanlar, yapmalarını istediğim şeyleri yapmadıkları zaman çok huzursuz olurum.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
190. Başkalarının bana ne yapmam gerektiğini söylemelerine dayanamam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
191. İçki, sigara içmek, aşırı yemek yemek ya da sorun yaratan diğer davranışlardan kendimi alıkoymakta çok büyük güçlük çekerim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
192. Sıradan ve sıkıcı işleri bitirmek için kendimi bir türlü disipline sokamayacakmışım gibi görünüyor.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
193. Sıklıkla, başımı derde sokan ya da başkalarını inciten bazı dürtü ve duygularıma göre davranmayı sürdürürüm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
194. Eğer amacıma ulaşamazsam, kolayca engellenirim ve pes ederim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
195. Uzun vadeli bir amaç için anında doyum verecek birşeyi feda etmek bana çok zor gelir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
196. Bir kere öfkelenmeye başlayınca, bunu hiçbir şekilde engelleyememek, sık sık başıma gelen bir durumdur.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
197. Kendim için kötü olduğunu bildiğim halde bazı şeylere fazla özen gösteririm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
198. Çok kolay sıkılır, bıkarım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
199. İşler zorlaşırsa, genellikle devam edip tamamlayamam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
200. Hiçbir şeye uzun süre dikkatimi veremem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
201. Benim için iyi olacağını bilsem bile, hoşlanmadığım şeyleri yapmak için kendimi zorlayamam.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
202. En ufak bir engellenmede bile hiddetlenirim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
203. Aldığım kararlara nadiren bağlı kalırım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
204. Sonucu ne olursa olsun, gerçekten nasıl hissettiğimi insanlara göstermekten asla vazgeçemem.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
205. Sıklıkla, sonradan pişman olduğum tepkisel şeyler yaparım.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥