

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**EŞLERİ VAJİNİSMUS OLAN ERKEKLERİN
RUHSAL PROFİLLERİNİN NORMAL
POPÜLASYONLA KARŞILAŞTIRILMASI**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

DR. CEM TAYLAN ERDEN

**DANIŞMAN
PROF.DR. DOĞAN ŞAHİN**

İSTANBUL 2009

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**EŞLERİ VAJİNİSMUS OLAN ERKEKLERİN
RUHSAL PROFİLLERİNİN NORMAL
POPÜLASYONLA KARŞILAŞTIRILMASI**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

DR. CEM TAYLAN ERDEN

**DANIŞMAN
PROF.DR. DOĞAN ŞAHİN**

İSTANBUL 2009

Teşekkür...

Öncelikle gerek tez yazma sürecinde gerekse psikiyatri uzmanlık eğitimimde değerli katkıları, yapıcı eleştirileriyle ilgi ve desteğini gördüğüm, deneyimlerinden faydalandığım danışmanım Doğan Hoca'ya, beni cinsel işlev bozuklukları alanında çalışmak konusunda hep cesaretlendiren, teşvik eden kliniğimizin sevgilisi Arşo'ya, eğitimimiz konusunda hep titiz bir çaba içinde olan anabilim dalı başkanımız Raşit Hoca'ya, beni psikiyatrinin gizemli yönleriyle tanıştıran dekanımız Bilgin Hoca'ya,

Her birinden ayrı ayrı çok şey öğrendiğim ve onlarla aynı çatı altında 5 yıl geçirdiğim için kendimi şanslı hissettiğim tüm öğretim üyelerine,

Birlikte yürüdüğümüzü hep hissettiğim, eski/yeni bütün asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin tüm psikologları, sosyal hizmet uzmanımız, sekreterlerimiz, güvenlik ve temizlik görevlilerimiz ve hasta servisimizin bütün ağırlığını omuz omuza sırtladığımız hepsi birbirinden değerli hemşirelerimize ve servis personellerimize,

İstatistik değerlendirme konusunda değerli yardımlarına başvurduğum Dr. Melike Erkoç ve Psik. Bilge Tuncelli'ye,

Ve 24 yıllık öğrenim hayatım boyunca desteklerini hiç esirgemeyen aileme, tez yazma sürecimin bütün zorluklarını benimle birlikte yaşayan sevgili karım Müjde'ye

en içten teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	İİ
İÇİNDEKİLER	İİİ
TABLolar LİSTESİ	V
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VI
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	VII
ÖZET.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Cinsel Davranış	4
2.2. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	9
2.3. Kadın Cinsel Ağrı Bozuklukları.....	16
2.3.1. Giriş.....	16
2.3.2. Disparoni	20
2.3.3. Vulvodini/vulvar vestibüliti.....	24
2.3.4. Anodisparoni.....	26
2.3.5. Klitoral Ağrı	28
2.3.6. Kronik Pelvik Ağrı.....	28
2.4. Vajinismus.....	30
2.4.1. Giriş.....	30
2.4.2. Vajinanın Kültürel Görüngüleri.....	32
2.4.3. Vajinismus Tarihçesi.....	35
2.4.4. Vajinismus Etiyopatogenezi	37
2.4.5. Vajinismus Tanımı, Tipleri	41
2.4.5.1. Vajinismus tanımı	41
2.4.5.2. Vajinismus tipleri	42
2.4.6. Vajinismus Tedavisi ve Tedavi Sonuçları.....	44
2.5. Eşleri Vajinismus olan Erkekler.....	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	53
3.1. Yöntem.....	53

3.2. İstatistiksel Değerlendirme.....	57
4. BULGULAR.....	58
4.1. Sosyodemografik Veriler	58
4.2. Aile Verileri.....	60
4.3. Evlilik Verileri.....	62
4.4. Ölçekler	65
5. TARTIŞMA	71
5.1. Sosyodemografik Veriler	71
5.2. Aile Verileri.....	72
5.3. Evlilik ve Cinsel İlişki Verileri	73
5.4. Ölçekler	74
5.5. Sonuç ve Öneriler	78
KAYNAKLAR	81
FORMLAR	94
ETİK KURUL KARARI	106
ÖZGEÇMİŞ	107

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Disparoni etiyolojisinde rol oynayan faktörler	21
Tablo 2 : Disparoni’ de psikoseksüel, eş ilişkisi ve genel duruma bağlı etiyolojiler/risk faktörleri	22
Tablo 3 : Sosyodemografik veriler.....	58
Tablo 4: Sosyodemografik veriler (2)	59
Tablo 5 : Anne Baba ilişkisi	60
Tablo 6 : Ailenin tutumu	61
Tablo 7 : Evlilik Verileri	62
Tablo 8 : Cinsel ilişki verileri	63
Tablo 9: Psikopatoloji verileri	64
Tablo 10: HADÖ verileri.....	65
Tablo 11: BDÖ verileri.....	65
Tablo 12 : DSKE verileri.....	66
Tablo 13: MEA verileri	67
Tablo 14 : MMPI verileri.....	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hasta grubu ortalama MMPI profili.....	69
Şekil 2 : Kontrol grubu ortalama MMPI profili.....	70

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

HADÖ.....	Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
BDE.....	Beck Depresyon Ölçeği
DSKE.....	Durumluluk Süreklilik Kaygı Ölçeği
MEA.....	Maudsley Evlilik Anketi
MMPI.....	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
EVE.....	Eşleri Vajinismus Olan Erkekler

ÖZET

Vajinismus, ülkemizde sık görülen bir bozukluktur. Etiyolojide çok çeşitli faktörlerin rol oynadığı bildirilse de, bu konuda tartışmalar halen sürmektedir. Eşleri vajinismus olan erkeklerin vajinismus etiyolojisinde olduğu kadar, tedavi sürecinde de rol oynadıkları bildirilmektedir. Bu çalışmada, eşleri vajinismus olan erkeklerin (N= 27) sosyodemografik özellikleri, cinsellik karşısındaki tutum ve davranışları, genel semptomatoloji düzeyleri ve kişilik özellikleri, evli ve eşlerinde vajinismus hastalığı olmayan kontrol grubuyla (N= 28) karşılaştırılmaktadır.

Her iki gruba Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri, Maudsley Evlilik Anketi, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri ve araştırmacılar tarafından hazırlanan Genel Bilgi Formu uygulanmıştır.

Çalışmamızda, eşleri vajinismus olan erkeklerde Maudsley Evlilik Anketi Cinsel İlişki Alttesti puanı ($p= 0,00$), cinsel işlev bozukluğu sıklığı ($p=0,02$), MMPI Frekans ($p= 0,037$), Depresyon ($p= 0,031$), Histeri ($p= 0,08$), Psikopatik sapma ($p= 0,016$), Psikasteni ($p= 0,006$), Şizofreni ($p= 0,000$), Sosyal içedönüklük ($p= 0,008$) alttest puanları daha yüksek bulundu. Eşleri vajinismus olan erkeklerin %28' i 1 dakikadan daha az süreyle yatakta kaldıklarını ($p= 0,005$) ve %64' ü eşlerine karşı hissettikleri temel cinsel duygunun şefkat olduğunu ($p= 0,008$) belirtti.

Eşleri vajinismus olan erkeklerin, normal popülasyondan farklılık gösteren grupsal özelliklerinin ayırt edilmesinin, vajinismusun farklı bir etiyolojik etkeninin tanımlanması, vajinismusun bir çift hastalığı olarak ele alınması ve eşlerin tedavi sürecinin tamamına aktif olarak katılmasını sağlamak açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: vajinismus, kişilik, vajinismus eşi

ABSTRACT

Vaginismus is a common disorder in our country. Although diverse etiologic factors had been proposed, controversy on etiology of vaginismus has continued. Male partners of women with vaginismus play role in the treatment process as well as etiological mean. In this study, male partners of women with vaginismus (N= 27) compared with matched control group of men (N= 28), proven to be married and to not to have children, in sociodemographical characters, attitude and behaviour about sexuality, general symptomatological level and personality character.

Both groups completed Hamilton Anxiety Scale, Beck Depression Inventory, STAI, Maudsley Marital Questionnaire, Minnesota Multiphasic Personality Inventory and a General Form which prepared by the researchers for this study.

Findings show that, male partners of women with vaginismus have greater scores in Maudsley Marital Questionnaire Sexual Relation subtest, MMPI subtests of Frequency ($p= 0,037$), Depression ($p= 0,031$), Hysteria ($p= 0,08$), Psychopathic deviation ($p= 0,016$), Psychastenia ($p= 0,006$), Schizophrenia ($p= 0,000$), Social introversion ($p= 0,008$) and higher rates of sexual dysfunctions ($p=0,02$). %64 of male partners of women with vaginismus feel compassion to spouse instead of lust ($p= 0,008$) and %28 claimed that the time they spare in bed after sex is under one minute ($p= 0,005$).

It is important to show differences of the grouping characteristics of male partners of women with vaginismus from normal population. This can lead defining vaginismus from a new point of view and participation of male partners of women with vaginismus into whole treatment process.

Key words: vaginismus, personality, vaginismus partner

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Vajinismus, kadın cinsel işlev bozuklukları arasında sınıflandırılmakla birlikte, her iki eşin cinsel ve ruhsal sağlığını oldukça olumsuz etkileyen bir hastalıktır (1). Bu durum cinsel ilişkiden alınacak hazla ilişkili olduğu kadar, cinsel kimliği gerçekleştirmek, sağlıklı ve doyumlu bir eş ilişkisinde bulunmak ve bazı durumlarda çocuk sahibi olmak isteğiyle de ilişkilendirilebilir.

Vajinismus, ülkemizde sık görülen kadın cinsel işlev bozukluğudur (2). Normal popülasyondaki sıklık oranları üzerine yapılan bir çalışmada, oran %15,3 olarak bildirilmiş (3); birinci basamak sağlık hizmeti için başvuran kadınlar arasında yürütülen bir çalışmada ise %4,7 oranı ile en sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluğu olduğu belirtilmiştir (2).

Etiyolojide çok çeşitli faktörlerin rol oynadığı bildirilse de, tartışmalar halen sürmektedir. Vajinismus teriminin ilk ortaya atıldığı yıllarda konuyla ilgilenen jinekologlar deneyimsiz eşin neden olduğu mikrotravmalar ve diğer başka faktörler sonucu ortaya çıkan enflamatuar süreçlerin temel patolojiye neden olduğunu ileri sürerken (4), sonrasında psikanalitik yaklaşımın etkisiyle etiyoloji penis hasedi ve erkeği kastre etme arzusu gibi psikodinamik formülasyonlarla açıklanmaya çalışılmıştır (5). 1970' li yıllarda seksoloji alanındaki ilerlemelerle birlikte davranışçı kuramların da ortaya atılmasıyla vajinismus etiyolojisinde öğrenme ve ağrılı uyaran koşullanmasının önemli olduğu öne sürülmüştür (6). 1990' lı yıllarla birlikte ağrı kuramı, ağrı ölçümü, ağrı görüntüleme alanlarındaki gelişmeler vajinismus hastalarında da uygulanmış ve çeşitli pelvik kas gruplarının hastalığın patogenezinde rol oynadığı ve etiyolojide bu kas gruplarının işlevleri ile ilgili sorunların etkili olabileceği belirtilmiştir.

Eşleri vajinismus olan erkekler, vajinismusla ilgili literatüre hastalığın ilk tanımlandığı 1860' lı yıllardan itibaren girmiştir. İlk dönemlerde vajinismus oluşumunu öncelediği düşünülen enflamatuar süreçlere, deneyimsiz eşlerin başarısız koitus denemelerinin yol açtığı mikro travmaların neden olduğu düşünülmüş (4); sonraki dönemlerde ise anlayışlı, nazik, anksiyöz, kaçınan, beceriksiz, pasif, kendi agresyonlarından endişe duyan pasif, agresif ve hatta latent homoseksüel oldukları

düşünülen eşlerin statükoyu korumak konusunda eşleriyle tam bir uyum içinde oldukları, çeşitli düzeylerde cinsellikle ilgili kaçınma ve korkularının olduğu, cinsel birleşmenin olmamasına sıklıkla karşı çıkmadıkları, cinsel saldırganlıklarını ortaya çıkarmaktan korktukları için çok fazla tutkulu görünmeyen ve erkeklik gücünü sınamayan bir kadını tercih ettikleri belirtilmiş ve çeşitli düzeylerde ertelemeci, kaçınan ya da eşlerinin tedavi isteklerini kırııcı biçimlerde davranışlar göstermekte oldukları bildirilmiştir. (5,7,8,9, 10, 11)

Literatürde eşleri vajinismus olan erkeklerle ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmaların neredeyse hiçbirisi doğrudan bu grubu hedefleyen, hastalık sürecinin oluşması ve devamlılığı ve tedavi sürecindeki rollerini sorgulayan çalışmalar değildir (12). Mevcut çalışmalar da metodolojik sorunları nedeniyle eleştirilmektedir (13, 14, 15). Vajinismus' un bir çift hastalığı olarak ele alınması gerekliliği düşüncesi çok eski yıllara dayansa da (7, 16), eşlerin henüz sistematik çalışmalara konu olmamış olması düşündürücüdür.

Eşleri vajinismus olan erkeklerin dahil edildiği amprik çalışmalar, bu grup erkekleri sıklıkla genel psikopatolojik belirtileri, kişilik özellikleri ve yaşadıkları cinsel sorunlar açısından ele almıştır. Bu çalışmalarda deneklere Eysenck Kişilik Envanteri, Cattell 16 PF, Crown- Crisp Kişilik Endeksi ve Coopersmith Kendilik-Değeri Envanteri, Symptom Kontrol Listesi-90, Bir İnsan Çiz Testi, Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Maudsley Evlilik Anketi uygulanmıştır (9, 17, 18, 19). Elde edilen sonuçlara göre eşleri vajinismus olan erkek popülasyonu, genel semptomatoloji veya kişilik patolojisi açısından normal popülasyondan farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte yaşadıkları cinsel sorunlar açısından farklı bulgular elde edilmiştir. Hollanda' da yürütülen bir çalışmada eşleri vajinismus olan erkeklerde cinsel işlev bozukluğu sıklığı normal popülasyona kıyasla düşük bulunurken (18); Türkiye' de yapılan iki çalışmada birbirine yakın olmayan iki farklı sıklık oranı (%16,5 vs %65.6) bildirilmiştir (19, 20).

Bu çalışmanın temel hipotezi, eşleri vajinismus olan erkeklerin kişilik özellikleri ve cinsellik karşısındaki tutum ve davranışları ile normal popülasyondan farklılık gösterdikleridir. Bu durumun vajinismus oluşması ve devamında önemli rol oynadığı düşünülmekle birlikte, bu çalışma kapsamında araştırılmamıştır.

Çalışmanın bir diğer amacı eşleri vajinismus olan erkeklerin sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi ve literatüre kazandırılması, evlilik ilişkisi ve cinsel ilişkileri ile ilgili değerlendirmelerinin incelenmesi ve genel semptomatoloji düzeylerinin eşleştirilmiş kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

Eşleri vajinismus olan erkeklerin, normal populasyondan farklılık gösteren grupsal özelliklerinin ayırt edilmesinin, vajinismusun farklı bir etiyolojik etkeninin tanımlanması, vajinismusun bir çift hastalığı olarak ele alınması ve eşlerin tedavi sürecinin tamamına aktif olarak katılmasını sağlamak açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel Davranış

Cinsel ifade ve davranış insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin çağrıştırdıkları ise; haz, arzu, üreme, aşk, ilişki veya yakınlıktır. Aşk ve cinsel yakınlık, düşünsel, duygusal ve davranışsal boyutlarıyla iki insan arasında bir etkileşimdir. Düşünsel (bilişsel) boyut, kendini bir başkasına açma kararını vermektir. Bunlar, geçmiş, bugün ve gelecekle ilgili duygular, ümitler, değerler, korkular ve savunmalar olabilir. Duygusal boyutta, bir başkasına sevgi duyma, onu koruma, ona güvenme, onu çok düşünme ve merak etme, benzerlik ve farklılıklarını keşfetme arzusu vardır. Davranışsal boyutta ise fiziksel yakınlaşma, dokunma, bakma, gülümseme, sarılma, öpme ve sevişme isteği belirgindir (21) .

İnsanda cinsel davranış, cinsel birleşmeyle sınırlandırılmaz. Cinsel davranış eş seçiminden itibaren başlayan karmaşık bir davranıştır. İnsanda güzellik ve cinsel çekicilik aslında birbirlerinin yerine kullanılabilecek olan kavramlardır; çünkü cinsel çekicilik algılanan bir yüzün ve bedenin güzelliği ile algılayanın beyni arasındaki etkileşimin ürünü olarak tanımlanmaktadır (22, kaynak: 23 p. 125). Evrimsel psikolojiye göre kimleri cinsel olarak çekici bulduğumuzun altında bazı biyolojik gerçekler yatmaktadır. Eş seçimimiz evrimsel güçlerin kontrolü altındadır, buna göre insanlar bilinçsiz olarak üreme gücünü en üst düzeye çıkaracak biçimde eş seçerler (23).

Genellikle fMRI ile yapılan beyin aktivitesinin araştırıldığı çalışmalar, heteroseksüel deneklerin beyinlerinde emosyonel cevapların yalnızca karşı cinsin çekici yüzlerine bakarken oluştuğunu göstermektedir (22, 24 kaynak: 23 p. 129). Yani erkek ve kadınlar için yalnızca güzel karşı cins yüzleri ödüllendirici gibi görünmektedir. İnsanlara karşı cinsten çekici bir yüz gösterildiğinde başlıca aktivasyon bölgeleri orbitofrontal korteks, medial prefrontal korteks, anterior ve posterior singulat korteks'tir (24, 25, kaynak: 23 p. 129).

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırmayı Kinsey ve arkadaşları yayınlamışlardır. 1938 ile 1952 yılları arasında toplanan verilerle ilgili istatistiklerden oluşan derlemeleri, kişilerle yüzyüze yapılan görüşmelerde elde edilen ve kişilerin cinsel alışkanlıkları ve cinsel davranış biçimlerini ortaya koyan bilgileri içermektedir. Kinsey ve arkadaşlarının yayınladığı çalışmalar bu alanda bir dönüm noktası olmakla birlikte, insanda cinsel uyarılara verilen tepkinin anatomisi ve fizyolojisi konusunda kapsamlı bilgi vermiyor; esasen çalışmanın hedefini de bu oluşturmuyordu. Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben 1954 yılında, Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlatılan bir araştırma programı ise insandaki cinsel tepkinin anatomisi ve fizyolojisini tüm yönleriyle ortaya koymayı hedeflemiştir. W.H.Masters ve V.E. Johnson tarafından yürütülen ve 10 yılı aşkın bir araştırmanın ardından sonuçları ilk kez 1966 yılında "İnsanda Cinsel Davranış" adlı kitapta yayınlanan bu çalışma ise, cinsel fizyoloji ile ilgili bugünkü bilgilerimizin temelini oluşturmaktadır. (27)

Masters ve Johnson insanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi dört evreye ayırmıştır (28):

1- Uyarılma Evresi: İlk evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon ve kadında vajinal lubrikasyonun ortaya çıkması ve bedende yaygın olarak vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir.

2- Plato Evresi: Etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte kadın ya da erkek, ikinci evre olan plato evresine girer. Bu evrede haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Plato evresinde vazokonjestif yanıt her iki cinsiyette de en yüksek düzeydedir. Bu evrede kadın cinsel organlarında Master ve Johnson' un "orgazmik platform" olarak tanımladıkları renk ve şekil değişiklikleri meydana gelir.

3- Orgazm Evresi: Süre açısından en kısa, haz açısından en yoğun dönemdir. Bu evre erkekte ejakulasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların, refleksif ritmik kasılmaları ile karakterizedir. Bu kasılmalar 0.8 saniyelik aralıklarla tekrarlanmaktadır. Erkekte bu kasılmalar öncesinde iç organların da kasılmasıyla "ejakülasyon sinyali" hissedilmektedir.

4- Çözülme Evresi: Kadında ve erkekte orgazmdan ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda plato evresinden sonra genital bölgelerde ve bedenin diğer bölgelerinde, önceki aşamalarda oluşan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir.

Master ve Johnson' un özellikle cinsel organlardaki fizyolojik değişiklikler üzerinden tanımlanan bu dört evreli cinsel yanıt döngüsü, daha sonra Kaplan tarafından cinsel işlevlerde rol oynayan nöronal devreler ve işlevleri üzerinden yeniden tanımlanmıştır. Kaplan frijidite ve empotans olarak iki ana başlıkta incelenen kadın ve erkek cinsel işlev bozukluklarının tamamının tek bir hastalığın varyantı olarak ele alınmasının yanlışlığının Master ve Johnson tarafından da fark edildiğini, bu nedenle erkekte ejakülasyon ve ereksiyon bozukluklarının birbirinden ayrı ele alınması gerektiğini bildirdiklerini ama benzer bir yaklaşımın kadın cinsel işlev bozukluklarında sergilenmediğini belirtmektedir. Dört evreli cinsel yanıt yaklaşımının, her evrenin bir önceki evrenin doğal sonucu olarak algılanmasına neden olduğunu belirten Kaplan, kadın ve erkekte cinsel yanıtın bifazik karakterde olduğunu öne sürmektedir (29). Buna göre cinsel yanıt iki ayrı ve göreceli olarak bağımsız evreden oluşmaktadır:

- 1- Erkekte ereksiyon ve kadında vajinal lubrikasyona neden olan genital vazokonjesyon evresi
- 2- Her iki cinsiyette de orgazma yol açan refleks klonik musküler kontraksiyon evresi

Kaplan bu iki evrenin farklı nöral devreler tarafından uyarılan farklı anatomik yapılar tarafından oluşturulduğunu, ilk evrede parasempatik ikinci evrede ise sempatik sinir sisteminin rol aldığını; her iki evrenin de fiziksel travma, ilaçlar ve yaş açısından farklı düzeylerde hassas olduğunu belirtmektedir (29).

Kadın ve erkek bifazik cinsel yanıtının büyük ölçüde örtüştüğünü belirten Kaplan, buna rağmen kadın ve erkek cinsel işlevlerinin hassasiyetlerinin evrelere göre farklılık gösterdiğini belirtmektedir. Vazokonjesyon evresinde erkek cinsel yanıtının

fizyolojik olarak daha karmaşık ve bu nedenle de cinsel işlev bozukluklarının gelişmesine daha açık olduğunu belirten Kaplan, ikinci evrede bu durumun tersine döndüğünü ifade etmektedir. Kaplan genel olarak kadınlarda cinsel yanıtın erkeklere kıyasla daha çeşitli olmasının, psikolojik ve kültürel belirleyicilerden daha fazla etkilenmesinden kaynaklandığını da belirtmektedir.

1970'li yılların sonlarından başlayarak, uyarılma ve orgazm evrelerine ek olarak, cinsel isteğin de önemli bir rol oynadığı ortaya çıkmıştır. Diğer iki evreden bağımsız olarak karmaşık bir nöroendokrin ve psikolojik sürecin belirlediği cinsel istek aşaması tıpkı diğer iki evrede olduğu gibi farklı klinik sendromlara yol açmakta, farklı tedavi yaklaşımlarını gerekli kılmaktadır (27).

Master ve Johnson ile Kaplan' ın kavramsallaştırdığı cinsel yanıt evrelerinin doğrusal ilerleyici yapısı ve psikolojik veya kişilerarası etkenlere yer verilmemesi araştırmacıların özellikle kadın cinsel yanıtı konusunda farklı kavramsallaştırmalara yönelmesine neden olmaktadır (30). Bununla birlikte yeni geliştirilen modellerin hiçbirisi henüz evrensel olarak kabul edilmemektedir. Bu alandaki ilk deneme döngüsel bir model öneren Whipple ve Brash-McGreer tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu iki araştırmacı kadın cinsel yanıtını sedüksiyon, duyular, teslim ve yansıma olarak dört faza ayırmakta; doyum sağlayan cinsel deneyimlerin kadında cinsel arzuyu artırıcı yönde, olumsuz cinsel deneyimlerin ise arzu veya cinsel aktivite kaybına neden olacak şekilde etkide bulunduğunu öne sürmektedir. Dahası yazarlar cinsel deneyimin haz verici yansımalarının, bir sonraki cinsel karşılaşmada sedüksiyon fazına evrileceğini belirterek cinsel yanıtın döngüsel karakterini vurgulamaktadırlar (31 kaynak: p.520).

Son yıllarda kadın cinsel yanıtı konusunda en çok kabul gören yaklaşım Basson' un, yakınlık modelidir. Bu model Master ve Johnson' un önerdiği modelin kadınların gerçek cinsel deneyimlerini yansıtmadığını öne sürmektedir. Basson' un modeli, kadınlarda cinsel yanıt evrelerinin ruhsal ve fiziksel bileşenlerle örtüştüğü ve sıra gözetmeyen bir biçimde deneyimlendiği gözlemlerine dayanmaktadır (32).

Bu model, kadınlarda cinsel arzusunun cinsel uyarımı ve motivasyonu incelemek zorunda olmadığını, kadınların sıklıkla ilişki veya yakınlık motivasyonu ile nötral

biçimde cinsel ilişkiye girdiklerini öne sürmektedir. Yine bu modelde cinsel duyular ve fanteziler de dahil olmak üzere cinsel arzu, döngünün bir parçası olmakla birlikte, uyarı ve orgazm için zorunlu görülmemektedir. Bu bağlamda spontan cinsel isteğin olmaması, geleneksel görüşün aksine bir bozukluk olarak kabul edilmemektedir. Bu modelde öznel uyarım temel olarak alınmakta ve öznel uyarımın her zaman genital konjesyonun fizyolojik ölçümleriyle korelasyon göstermediği öne sürülmektedir. Cinsel uyarılma deneyimlerinin genital vazokonjesyondan çok, duygular ve düşünceler tarafından etkilendiğini belirten Basson, cinsel uyarılma ve isteğin uyarılmayı önceledikleri doğrusal bir ilişki yerine karşılıklı etkileşim içinde deneyimlendikleri döngüsel bir model önermektedir (32).

Kadın ve erkek cinsel davranışları ile ilgili olarak son dönemde yapılan laboratuvar çalışmaları, cinsiyetler arasında çeşitli farklılıklar bulunduğunu öne sürmekte ve kadın cinsel yanıtında döngüsel modellerin daha gerçekçi kavramsallaştırmalar olduğuna dair veriler sunmaktadır (30). Laboratuvar çalışmaları erkekte cinsel tercihle uyumlu durumların fizyolojik yanıtlarla korele olduğunu gösterirken, kadında cinsel tercihle uyumsuz durumlarda da fizyolojik yanıtlar izlenmiştir. Bu durum öznel uyarılabilirlik mekanizmalarının kadında daha karmaşık ve çeşitli olduğu ve fizyolojik ölçümlerle ortaya çıkarılmasının mümkün olmayabileceği anlamına gelmektedir (33). Chivers kadında öznel ve fizyolojik uyarılma belirtilerinin ayrışmasını uyumsal bir mekanizma olarak açıklamakta, baskı altında veya istenmeyen koşullarda gerçekleşen cinsel ilişki sırasındaki vajinal lubrikasyonun kadın cinsel organlarını koruyucu işlev gördüğünü öne sürmektedir (34).

2.2. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel yanıt sürecindeki herhangi bir aksaklık veya cinsel ilişkiyle bağlantılı ağrı ile karakterizedir. Masters ve Johnson'a göre cinsel işlev bozukluğu insan cinsel yanıt döngüsünde cinsel uyarılma ve/veya doyuma ulaşmada yetersizliğe yol açabilecek herhangi bir aksamadır (28). Schmidt ve Arentewicz ise cinsel işlev bozukluğunu, “azalmış ya da atipik genital fizyolojik reaksiyonlar veya bu reaksiyonların tamamen kaybı sonucu cinsel duyarlılık ya da cinsel davranışlarda ortaya çıkan bozukluklar” olarak tanımlamışlardır (35).

Cinsel işlev bozuklukları toplumda en sık karşılaşılan psikolojik sorunlardandır. Böyle olmasına rağmen cinsel sorunlar popülasyon temelli geniş saha çalışmalarına henüz dahil edilmemiştir. Bu nedenle araştırmacılar daha küçük çalışmalardan elde edilen verilerle epidemiyolojik öngörülerde bulunmaya çalışmaktadır. 1990 yılında yayınlanan bir derlemede 1940-1989 yılları arasında yayınlanan ve cinsel işlev bozuklukları ile ilgili epidemiyolojik veri sunan 47 çalışma gözden geçirilmiş (36), benzer bir gözden geçirme 2001 yılında 1990-2000 yılları arasında yayınlanan 52 çalışmayla tekrarlanmıştır (37). Bu çalışmada 52 çalışmanın sadece %16'sının DSM' nin işlemsel tanımlarını kullandığı belirtilerek, cinsel işlev bozukluklarında sınıflandırma zorluklarına işaret edilmektedir.

Önceleri sadece, erkekte empotans kadında frijidite olarak ele alınan ve bu sendromların varyantları olarak tedavi edilmeye çalışılan cinsel işlev bozuklukları, Master ve Johnson' un laboratuvar deneyleri ve Kaplan' ın klinik gözlemleri sonucunda ortaya çıkan evrelere göre sınıflandırılmış, farklı etiyoloji ve tedavi yaklaşımları geliştirilmeye başlanmıştır (38). Bu bağlamda son 30 yıldır uluslararası tanı ve sınıflandırma sistemlerinde (DSM, ICD), cinsel işlev bozuklukları kategorilerine yer vermeye başlanmıştır. Bu iki tanı sisteminin içerdiği cinsel işlev bozuklukları kategorileri aşağıda sunulmaktadır (39, 40).

ICD-10 Organik Nedeni Olmayan Cinsel İşlev Bozukluğu

- Cinsel istek azlığı ya da yitimi
- Cinsel tiksini ve cinsel haz yokluğu
- Genital tepkinin yetersizliği
- Orgazmda işlev bozukluğu
- Erken boşalma
- Organik nedenli olmayan vajinismus
- Organik nedenli olmayan ağrılı cinsel birleşme
- Cinsel dürtünün aşırı olması
- Organik nedene bağlı olmayan başka cinsel işlev bozuklukları
- Organik nedene bağlı olmayan başka cinsel işlev bozuklukları, belirlenmemiş

DSM-IV Cinsel İşlev Bozuklukları (CİB)

- 1- Cinsel İstek Bozuklukları
 - Azalmış cinsel istek bozukluğu
 - Cinsel tiksinti bozukluğu
- 2- Cinsel Uyarılma Bozuklukları
 - Kadında cinsel uyarılma bozukluğu
 - Erkeklerde cinsel uyarılma bozukluğu
- 3- Orgazmla İlgili Bozukluklar
 - Kadında orgazm bozukluğu
 - Erkeklerde orgazm bozukluğu
 - Erken boşalma
- 4- Cinsel Ağrı Bozuklukları
 - Disparoni
 - Vajinismus
- 5- Genel Tıbbi Duruma Bağlı CİB
 - Kadında ...'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu
 - Erkeklerde ...'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu

Erkeklerde ...'e bağılı erektil bozukluk

Kadında ...'e bağılı disparoni

Erkeklerde ...'e bağılı disparoni

Kadında ...'e bağılı başka bir cinsel işlev bozukluğu

Erkeklerde ...'e bağılı başka bir cinsel işlev bozukluğu

6- Madde Kullanımının Yol Açtığı CİB

7- Başka Türlü Adlandırılamayan CİB

Belirleyen:

- Yaşamboyu

- Edinilmiş

Belirleyen:

- Yaygın

- Durumsal

Belirleyen:

- Psikolojik faktörlere bağılı

- Çoğul faktörlere bağılı

Bu iki sınıflandırma sistemindeki tanı kategorilerinin çok geniş olması ve niteliksel yanı eleştiri konusu olmuş ve bu durumun cinsel işlev bozuklukları konusundaki araştırmaları ve tedavi programlarını zorlaştırdığı belirtilmiştir. Bu noktadan hareketle Schover ve arkadaşları tarafından 1980 yılında çok eksenli tanımlayıcı yeni bir tanı sistemi önerilmiştir (41):

1. Eksen (İSTEK)

10 Azalmış Cinsel İstek

11 Cinsellikten tikslenme

2. Eksen (UYARILMA)

20 Subjektif Uyarılma Yetersizliği

21 Sertleşmeyi sağlamakta güçlük

22 Sertleşmeyi sürdürmekte güçlük

- 23 Sertleşmeyi sağlamakta ve sürdürmekte güçlük
- 24 Subjektif uyarılma yetersizliği + sertleşmeyi sağlamakta güçlük
- 25 Subjektif uyarılma yetersizliği + sertleşmeyi sürdürmekte güçlük
- 26 Subjektif uyarılma yetersizliği + sertleşmeyi sağlamakta ve sürdürmekte güçlük
- 27 Fizyolojik uyarılmada yetersizlik, kadın
- 28 Fizyolojik ve subjektif uyarılmada yetersizlik, kadın

3. Eksen (ORGAZM)

- 30 Erken boşalma, girişten önce
- 31 Erken boşalma, 1 dakikadan kısa
- 32 Erken boşalma, 1-3 dakika
- 33 Erken boşalma, 4-7 dakika
- 34 Ketlenmiş boşalma sağlamakta güçlük
- 35 Ankedonik orgazm
- 36 Yumuşak penisle orgazm sürdürmekte güçlük
- 37 Yumuşak penisle ankedonik orgazm
- 38 Yumuşak penisle hızlı boşalma sağlamakta ve sürdürmekte güçlük
- 39 Hızlı boşalmayla ankedonik orgazm
- 40 İnorgazmik
- 41 Masturbasyon dışında inorgazmik
- 42 Eşin elle uyarısı dışında inorgazmik
- 43 Eşin elle uyarısı veya masturbasyon dışında inorgazmik
- 44 Seyrek koital orgazm
- 45 Vibratör veya mekanik uyarı dışında inorgazmik

4. Eksen (KOİTAL AĞRI)

- 50 Vajinismus
- 51 Disparöni
- 52 Ağrılı boşalma
- 53 Boşalmadan sonra oluşan ağrı
- 54 Cinsel etkinlikte birlikte oluşan diğer ağrı

5. Eksen (SIKLIK DOYUMSUZLUĞU)

60 İstenilen sıklık var olan cinsel etkinlikten daha az

61 İstenilen sıklık var olan cinsel etkinlikten daha çok

6. Eksen (NİTEL BİLGİLER)

70 Eşcinsellik

71 Transvestizm

72 Fetişizm

73 Vaygrizm

74 Egzibisyonizm

75 Acı vermekten cinsel haz alma

76 Acı duymaktan cinsel haz alma

77 Cinsel saldırganlık

78 Cinsel şiddet kurbanı

79 Ensest (Ebeveyn)

80 Ensest (Çocuk)

81 Tamamlanmamış evlilik

82 Eşi aşağılamaktan cinsel haz alma

83 Aşağılanmaktan cinsel haz alma

84 Geçmişte psikopatoloji

85 Halen psikopatoloji

86 Marital çatışma

87 Geçmişte madde kullanımı

88 Halen madde kullanımı

89 Geçmişte eşe yönelik kötü muamele

90 Halen eşe yönelik kötü muamele

91 Sürmekte olan evlilik dışı ilişki

92 Cinsel yaşamı etkileyen tıbbi durum

- 93 Cinsel yaşamı etkileyen ilaç kullanımı
- 94 Cinsel işlev bozukluğu yok
- 95 Herhangi bir tanı yok

Önerilen bütün tanı sistemlerinin Master ve Johnson' un genital organlar odaklı doğrusal cinsel yanıt evrelemesine dayandığı ve bu kavramsallaştırmanın cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisinde yeterli olmadığı eleştirisi üzerine Amerika Ürolojik Bozukluklar Vakfı tarafından organize edilen uluslararası bir komite toplanmış ve iki yıllık bir çalışmanın ardından cinsel işlev bozuklukları ile ilgili yeni bir sınıflandırma sistemi önermiştir. Bu sınıflandırma özellikle kadın cinsel yanıtının erkek cinsel yanıtından farklılıklar gösterdiğini belirten ve döngüsel bir cinsel yanıt evrelemesi öneren Basson modeli üzerinden şekillenmiştir (32, 42). Aşağıda, önerilen bu sistemin kadın cinsel işlev bozuklukları ile ilgili kısmı sunulmaktadır:

Kadın cinsel ilgi/istek bozukluğu: Cinsel ilgi ve istek duyguları azalmış veya yoktur; cinsel düşünceler veya fanteziler, cinsel yanıt verme isteği bulunmamaktadır. Cinsel uyarılmaya dair motivasyon (burada nedenler/dürtüler olarak tanımlanmaktadır) çok azdır veya hiç yoktur. İlgi kaybı yaşam döngüsü ve ilişki süresi ile beklenebilecek normatif azalmanın ötesindedir.

Öznel Cinsel Uyarılma Bozukluğu: Herhangi bir cinsel uyarı karşısında cinsel uyarılma duygusunun (cinsel heyecan ve cinsel haz) olmaması veya belirgin olarak azalması. Vajinal lubrikasyon veya fiziksel yanıtın diğer belirtileri halen oluşmaktadır.

Birleşik Genital ve Öznel Uyarılma Bozukluğu: Herhangi bir cinsel uyarı karşısında, genital cinsel uyarılmanın (vulval kabarıklık, lubrikasyon) yokluğu veya az olması ile birlikte cinsel uyarılma duygusunun (cinsel heyecan ve cinsel haz), olmaması veya belirgin olarak azalması.

Genital Cinsel Uyarılma Bozukluğu: Genital cinsel uyarılmanın yokluğu veya azalması yakınması. Kişisel bildirimler herhangi bir cinsel uyarı karşısında

vulval kabarıklığın veya vajinal lubrikasyonun en az düzeyde olduğunu, genital organların doğrudan uyarılması ile cinsel duygulanımın azaldığını içerebilir.

Kalıcı Cinsel Uyarılma Bozukluğu: Önceden bilinen ve oldukça nadir görülen, orgazm ile birlikte spontan intruzif genital zonklama klinik uygulamada gittikçe daha sık bildirilmektedir. Cinsel ilgi ve istek yokluğunda ortaya çıkan spontan intruzif, istemsiz genital uyarılma (örn. ürperme, zonklama, titreme) yakınması. Öznel uyarılmanın farkındalığı tipik olarak hoşnutsuzluk yaratır. Uyarılma birden çok orgazm ile dinmez ve uyarılma hissi saatler veya günler boyu sürer.

Kadın Orgazmik Bozukluğu: Yüksek düzeyde cinsel uyarılma/heyecan bildirimine rağmen orgazm yokluğu veya orgazmik duygunun yoğunluğunun belirgin olarak azalması veya herhangi bir tür uyarı karşısında orgazmın belirgin olarak gecikmesi.

Disparoni: Vajinaya tam giriş veya giriş girişimi ve/veya penisin vajinaya penetrasyonu ile ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli ağrının olması.

Vajinismus: Kadının olmasını arzu ettiği halde; penis, parmak ve/veya başka bir nesnenin vajinaya girişine sürekli veya yineleyici bir biçimde izin verememe zorluğu. Sıklıkla fobik kaçınma, istemsiz pelvis kas kontraksiyonları ve ağrı beklentisi/korkusu/deneyimi vardır. Yapısal bozukluklar ve diğer fiziksel anormallikler dışlanmalıdır

2.3. Kadın Cinsel Ağrı Bozuklukları

2.3.1. Giriş

Ağrı, Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği tarafından, “gerçek veya olası doku hasarı ile ilişkili veya böylesine bir hasar ile tariflenen, hoş olmayan duyumsal veya emosyonel deneyim” olarak tariflenmektedir (43). Bu tanım içerdiği öznel duygulanım boyutu nedeniyle cinsel eylem öncesi, sırası ve sonrasında deneyimlenebilecek ağrının psikolojik açıdan tartışılabilmesine olanak tanımaktadır. Olası doku hasarı ile ilişkilendirilen ağrı duyumunun ortaya çıkabilmesi için psikosomatik mekanizmaların işlemesi gerektiği açıktır .

Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında kullanılan tanı sistemleri (DSM, ICD) kadınlarda görülen cinsel ağrı bozukluklarını disparoni ve vajinismus olmak üzere iki ana kategoride incelemektedir. Bununla birlikte çeşitli uluslararası konsensüs çalışmalarında kadınlarda görülen cinsel ağrı bozukluklarının tanımı ve sınıflandırılması farklılıklar göstermektedir (44). Bu tanım ve sınıflandırmalar aşağıda sırasıyla sunulmaktadır:

I. DSM IV-TR

Cinsel ağrı bozuklukları disparoni ve vajinismus olarak iki kategoride sınıflandırılmıştır.

Disparoni: Erkek ya da kadında cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olması. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur. Bu bozukluğa vajinismus ya da ıslanmanın olmaması neden olmamaktadır.

Vajinismus: Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

II. ICD 10: Organik nedenli olmayan cinsel işlev bozuklukları başlığı altında vajinismus ve disparoniye yer verilmiştir.

Organik Nedenli Olmayan Vajinismus: Vajinayı çevreleyen kasların vajinaya girişi kapatacak şekilde kasılmasıdır. Penisin vajinaya girmesi olanaksız veya ağrılıdır. Vajinismus ağrıya neden olan yerel bir patolojiye ikincil bir tepki olabilir; bu durumda bu tanı kullanılmamalıdır.

Organik Nedenli Olmayan Ağrılı Cinsel Birleşme (Disparoni): Ağrılı cinsel birleşme hem kadında hem erkekte görülebilir. Çoğunlukla yerel bir patoloji ile açıklanabilir; bu durumda uygun bölümde sınıflandırılmalıdır. Fakat bazı vakalarda görünür bir neden yoktur ve ruhsal etkenler önemli olabilir. Bu tanı sadece daha birincil bir cinsel işlev bozukluğu (ör. vajinismus veya vajinanın kuruluğu) olmadığında kullanılmalıdır.

III. Uluslararası Konsensüs Önerileri

a. Amerikan Ürolojik Hastalıklar Birliği (AFUD) Konsensüs Sınıflandırması:

Disparoni: Cinsel birleşmeyle ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli genital ağrının olması

Vajinismus: Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda, koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması ve kişisel sıkıntıya yol açması.

Koitle İlişkili Olmayan Cinsel Ağrı Bozukluğu: Cinsel birleşmeyle ilişkisi olmayan uyarılarla ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli genital ağrının olması.

b. Birinci ve İkinci Uluslararası Cinsel Tıp Konsültasyonu Sınıflandırması:

Disparoni: Vajinaya tam giriş veya giriş girişimi ve/veya penisin vajinaya penetrasyonu ile ortaya çıkan yineleyici ya da sürekli ağrının olması.

Vajinismus: Kadının olmasını arzu ettiği halde, penis, parmak ve/veya başka bir objenin vajinaya girişine sürekli veya yineleyici bir biçimde izin verememe zorluğu. Sıklıkla fobik kaçınma, istemsiz pelvis kas kontraksiyonları ve ağrı beklentisi/korkusu/deneyimi vardır. Yapısal bozukluklar ve diğer fiziksel anomaliler dışlanmalıdır.

Cinsel ağrı bozukluklarının etiyolojisi, tanımı ve ayırıcı tanıları üzerine yapılan tartışmalar sürmektedir. Tartışmalar özellikle bu bozuklukların ağrıyla ilişkisi, sınıflandırmadaki yerleri, ağrının tanımı, kas spazmının ölçülebilirliği, ağrı spazm birlikteliği konularında yoğunlaşmaktadır (46-50). Bu başlıklara ek olarak, literatürde cinsel ilişkiyle ilgili farklı ağrı bozuklukları tanımları (klitoral ağrı, anodisparoni) da yapılmaktadır (51, 52).

Kadınlarda görülen cinsel ağrı bozuklukları 1980' li yıllara kadar psikanalitik bakış açısından değerlendirilmiş ve bu bozuklukların tedavisi önceleri psikodinamik sonrasında ise bilişsel davranışçı yöntemlerin eklendiği psikoterapotik yaklaşımlarla yürütülmüştür. Bu durum uluslararası tanı sistemlerinin de bu bakış açısıyla şekillenmesine neden olmuştur. 1980' li yılların ikinci yarısından itibaren özellikle cinsel ağrının biyolojik nedenlerine odaklanan çalışmalardan elde edilen bulgular bu bozuklukların “doğası” üzerine yürütülen tartışmaları alevlendirmiş ve uluslararası tanı sistemleri ve tedavi yaklaşımlarının sorgulanmasına neden olmuştur. Bu konuda araştırmacılar arasında henüz bir fikir birliği sağlanamamıştır.

DSM IV ve ICD 10' da cinsel ağrı bozukluğu olarak sınıflandırılan bu bozuklukların, cinsel bozukluklar arasında sayılıyor olması tartışılmaktadır. Tanı sistemlerinin, cinsel bozuklukları cinsel yanıt döngüsü (istek, uyarılma, orgazm) çerçevesinde ele alıyor olması ve cinsel ağrı bozukluklarının bu döngüyü dolaylı olarak etkilediği iddiası bu tartışmanın temelini oluşturmaktadır. Buna göre bazı yazarlar tarafından, diğer ağrı bozuklukları etkiledikleri alanlar değil de ağrının lokalizasyonu üzerinden sınıflandırılırken (örn. sırt ağrısı), cinsel ağrı bozukluklarının bu kurala aykırı olarak cinsel bozukluklar arasında sınıflandırılması eleştirilmektedir (14, 46, 47, 50, 54-57).

İkinci olarak, cinsel ağrı bozuklukları olarak sınıflandırılan bu bozukluklarda temel tanı ölçütü olarak belirtilen ağrının, niteliksel ve niceliksel özellikleri tanımlanmaksızın sadece ortaya çıktığı bağlam (cinsel eylem) üzerinden tanımlanıyor olması eleştirilmektedir. Bu durumun bozuklukların tanı ve tedavisinde zorluklara neden olduğu belirtilirken, soruna “ağrı perspektifi”nden yaklaşılmıyor oluşunun özellikle dispareniğin alt sınırlarını belirlemekte yetersiz kaldığı bildirilmektedir (35, 37). Yine özellikle dispareni tanısında vajinal kuruluk gibi nedenlerin dışlama ölçütü olarak alınmasının tanısız güçlükler nedeniyle olduğu belirtilmektedir. Araştırmacılar cinsel ağrı bozuklukları tanısında, ağrı duyumunu niceliksel olarak ölçmek amacıyla vulvar pletismograf adını verdikleri bir cihaz geliştirmekle birlikte, bu alet henüz klinisyenler tarafından yaygın olarak kullanılmamaktadır (58).

Cinsel ağrı bozuklukları arasında sınıflandırılmasına rağmen vajinismus tanı ölçütleri arasında ağrıya ilişkili herhangi bir başlığın olmaması da eleştiri konusu olmaktadır. Vajinismusun temel tanı ölçütü olarak belirtilen kas spazmının yol açtığı ağrının niteliği, yoğunluğu süresi ile ilgili herhangi bir vurgunun olmaması, ağrının bu hastalığın tanısı ve tedavisindeki yeri ile vajinismus ve dispareni arasındaki sınırı belirsizleştirmektedir (44). Bazı klinisyenler vajinismusu disparenin ağır bir formu, diğerleri ise dispareniyi vajinismusun nedeni olarak görmekte ve tedavi etmektedir. Diğer bir yandan vajinismusun temel tanı ölçütü olarak sunulan kas spazmının varlığına, kontrollü araştırmalarda gösterilememiş olmasına rağmen merkezi bir önem verilmesi de tartışılmaktadır. Kas spazmının, ağrı, anksiyete veya herhangi bir nedene karşı olası bir koruyucu refleks mekanizmasının ürünü olarak tanımlanmayıp; sadece koitusu engellemesi üzerinden ölçütlerde yer alıyor olması tanısız bir yetersizlik olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca vajinanın dış 1/3' lük bölümünde hangi kas veya kas gruplarının spazma katıldığı net olarak bilinmemektedir (56, 59) .

Aşağıdaki kısımda cinsel ağrı bozuklukları başlıklar halinde tartışılacak, vajinismus bir sonraki bölümde ele alınacaktır.

2.3.2. Disparoni

Disparoni Latince’de “uyumsuz eşleşme” anlamına gelmektedir. Bu terimi tıp literatürüne 1874 yılında R.A. Barnes kazandırmıştır. Barnes cinsel ilişkiyle bağlantılı bütün ağrılı durumları, 19. yüzyıl tıp dünyasında moda olduğu üzere (örn. dispepsi, dismenore) bu terim ile adlandırmayı önermiş, disparoni kelimesini tercih ederek vurguyu ağrıya değil, işleve yönlendirmiştir. Barnes disparoniye neden olan faktörleri fizyolojik temelde ele almış ve cinsel organları etkileyen bütün hastalıklarda disparoninin bir sonuç olarak ortaya çıkabileceğini belirtmiştir (50). 20. yüzyıl başlarında psikanalizin etkisiyle psikojenik (histerik) ağrı kavramı ortaya atılmış, bu kavram cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan ağrılı durumlarda da güncellik kazanmıştır. Master ve Johnson ile birlikte organik etiyolojiyi araştıran fizyolojik yaklaşım yeniden gündeme gelse de, analitik yönelimli olmayan seksologlar disparoni etiyolojisinde çocukluk çağı istismarı, yetersiz cinsel teknik gibi çok çeşitli faktörlerin rol oynadığını ileri sürmüştür. (50, 60)

Cinsel olarak aktif premenopozal kadınlarda disparoni prevalansı %12-15 olarak bildirilmektedir. Menopoz sonrasında disparoninin, vajinal kuruluk ile komorbiditesi yüksektir ve bu durum introital sürütünmeye ve ağrıya neden olur. Hormon replasman tedavisi almayan postmenopozal kadınlarda disparoni prevalansı %26- 37 olarak bildirilmektedir. (61, 62).

Disparoni çoklu etiyolojiye sahip bir bozukluktur. İyi tanımlanmış organik patolojiler disparoniye neden olmakla birlikte, tanımlı bir organik patolojinin olmadığı durumlarda psikolojik faktörlerin sorgulanması zorunludur. Disparoniye neden olan etiyolojik faktörler derin veya yüzeysel ağrıya neden olmaları ve yaşa bağlı olarak farklılık göstermektedir. Yüzeysel disparoniye en sık neden olan vulvar vestibülit bir sonraki bölümde ele alınacaktır. Lohusa kadınlarda postpartum genital ağrı disparoninin en sık nedeni olmakla birlikte oluşan hipoöstrojenik durumun neden olduğu vajinal kuruluk belirgindir. Üreme çağındaki kadınlarda endometriozis ve pelvik enflamatuvar hastalıklar derin disparoninin en sık etkenlerindendir. Üreme çağındaki kadınlarda Liken Skleroz ve Sjögren Hastalığı gibi otoimmün hastalıklar yüzeysel disparoniye neden olurken, potmenopozal kadınlarda östrojen kaybına bağlı vajinal kuruluk en sık

disparoni nedenidir. Disparoniye neden olan etiyolojik faktörler Tablo 1’ de özetlenmektedir (62, 63, 64).

Tablo 1: Disparoni etiyolojisinde rol oynayan faktörler

Etiyoloji/risk faktörü	Klinik tanı
İntroital (yüzeyel) ağrı	
Enflamatuvar, enfeksiyon var veya yok	Vulvar vestibülit, vulvit, vajiniti, postkoital sistit, interstisyel sistit
Hormonal	Vulval-vajinal atrofi/distrofi, vajinal kuruluk
Musküler	Hassasiyet veya tetik noktaları ile pelvik taban myaljisi
İyatrogenik	Perineal cerrahi veya radyoterapi yan etkileri
Nörolojik	Nöropatik ağrı veya multipl skleroz gibi özgül bir nörolojik bozuklukla ilişkili ağrı
Psikiyatrik	Anksiyete, depresyon
Gastrointestinal	Ülseratif kolit, irritabl barsak sendromu
Vasküler	Vajinal kuruluk
İmmünolojik	Liken Sklerozis, Sjögren Sendromu
Anatomik	Fiziksel bozukluğa göre
Derin vajinal ağrı	
Endometriozis	Kronik dismenore ve derin disparoni tanılarını geçersiz kılan endometriozis
Pelvik Enflamatuvar Hastalık	Cinsel yolla bulaşan hastalık, adneksit
Pelvik varikosel	Varikosel’ in (genellikle sol) ekografik tanısı
İyatrogenik	İyatrogenik vajinal kısaltma/daraltma
Nörolojik	Önceki abdominal cerrahi kesi yerlerinde ortaya çıkan ağrı (abdominal kütanöz sinir tuzaklanma sendromu)
Yansıyan abdominal ağrı	Fibromyalji, myaljik pelvik taban
Kronik pelvik ağrı	Fibromyalji, myaljik pelvik taban

Vulvar vestibülit' in neden olduğu dispareni' de hücresel düzeydeki organik patojenez (vajinal sıvıdaki IgE varlığı, mast hücre göçü vs.) ortaya çıkarılmadan önce ağrı psikojenik faktörlerle açıklanmaktaydı. Bununla birlikte Vulvar vestibülit kökenli dispareni olgularında anksiyete ve depresyon semptomlarının, vulvar vestibüliti olmayan olgulara kıyasla belirgin olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durum psikolojik semptomların ağrının bir sonucu olduğu şeklinde yorumlansa da, organik bir patoloji gösterilemeyen dispareni olgularında depresyon ve anksiyete semptomları etiyolojik faktörler arasında yer almaktadır. Yine bu olguların öfke skorlarının belirgin yüksek olduğu ve erotofobik oldukları, cinsel ilişkiden kaçındıkları ve uyarılma zorlukları yaşadıkları belirtilmektedir (62, 63, 64). Dispareni etiyolojisinde rol oynayan psikojenik faktörler Tablo 2' de gösterilmektedir.

Tablo 2 : Dispareni oluşumunda etkili psikoseksüel faktörler

Diğer cinsel işlev bozuklukları ile komorbidite: istek azlığı, uyarılma güçlükleri
Geçmiş cinsel istismar veya usanma öyküsü (OR= 2.67)
Afektif bozukluklar:
Depresyon (OR = 7.77)
Anksiyete (OR = 3.22)
Önde gelen psikolojik uyum yöntemi olarak katastrofizm
Emosyonel yakınlık yoksunluğu
Yetersiz önsevişme
Eş ilişkisi sorunları: sözel, fiziksel veya cinsel istismarcı eş (OR = 1.43)
Anatomik uyumsuzluklar (penis boyutu veya infantil dişi genitalya)
Cinsel doyumsuzluk
Eşin cinsel sorunları

Dispareni tanımı ve sınıflandırmadaki yeri literatürde yoğun tartışmalara konu olmuştur. Binik ve arkadaşları özellikle vulvar vestibülit üzerine yaptıkları araştırmalardan çıkarttıkları sonuçlar üzerine, dispareninin primer olarak bir ağrı bozukluğu olduğunu, cinsellikle ilişkisinin sekonder olduğunu, DSM ve ICD gibi tanı

sistemlerinde cinsel ağrı bozukluğu olarak sınıflandırılmasının tanı, tedavi ve araştırma süreçleri açısından zorluklar oluşturduğunu ve bu nedenle soruna “cinsellik” değil “ağrı” penceresinden bakılması gerektiğini belirterek, dispareni tanısının yeniden gözden geçirilip ağrı bozuklukları sınıflandırmasına dahil edilmesini önermiştir. Binik dispareni’ de bildirilen ağrının diğer ağrı bozukluklarından farklı olmadığını, nasıl ki “sırt ağrısı” ağrının yol açtığı iş kaybı vs. üzerinden değil de lokalize olduğu bölgeye göre isimlendirilip, sınıflandırılıyor ve iş terapistleri değil de ağrı uzmanları tarafından tedavi ediliyorsa, benzer bir durumun dispareni için de geçerli olduğunu belirtmiştir. Binik’ in bu önerisi, konuyla ilgilenen uzmanlar tarafından yazılı olarak tartışılmıştır. Yazarların büyük bir kısmı dispareni tanı, sınıflandırma, tedavi ve araştırma süreçlerine katkısı açısından bu tartışmayı olumlu bulurken, dispareninin “cinsellik” ten arındırılıp salt bir ağrı bozukluğu olarak ele alınmasının henüz mümkün olmadığı konusunda hemfikir olmuştur. Binik’ e yöneltilen temel eleştiriler arasında ilk sırayı, Binik ve arkadaşlarının laboratuvarında yaptıkları çalışmalarda esas araştırma grubunun vulvar vestibülit hastalarından oluşması ve sadece bu hastalarla yapılan araştırma sonuçlarına dayanılarak bir karar verilemeyeceğidir. İkinci olarak vulvar vestibülitin dispareni etkenlerinden sadece biri olduğu ve diğer etkenler açısından da benzer çalışmalar yürütülmesi gerektiği belirtilmiştir. Üçüncü eleştiri ise dispareninin cinsel yanıtın evrelerinden birisini özgül olarak etkilememekle birlikte bütün evreler üzerinde olumsuz etkisi olduğu; dispareni hastalarında sıklıkla diğer cinsel işlev bozukluklarının komorbid olarak bulunduğu; bu hastaların kliniğe ağrı şikayetleriyle değil özellikle cinsel sorunları nedeniyle başvurduğunun göz ardı edilemeyeceği ve sorunun kliniğe baş ağrısı nedeniyle başvuran bir olgu gibi ağrı odaklı ele alınamayacağı olmuştur. Yine yazarlardan bir kısmı dispareni ve diğer cinsel işlev bozukluklarının benzer etiyolojik faktörlere sahip olduklarını, Binik’ in makalesinde dikkate almadığı bazı çalışmalarda dispareni’ li olguların cinsel uyarılara diğer cinsel işlev bozukluğu olgularıyla benzer tepkilerde bulunduğunu belirtmiştir. Tüm bu tartışmalarla birlikte dispareni tanısı ve sınıflandırmadaki yeri ile ilgili fikir birliği oluşmamış ve en son 2003 yılında toplanan konsensüs komitesinin cinsel işlev bozuklukları sınıflandırması geçerliliğini korumuştur (50, 65).

Dispareni’ de etiyolojik faktörler çeşitlilik gösterdiğinden tedavi de çok odaklıdır. Bu olgularda jinekolojik muayene ile organik bir patoloji saptanması halinde,

taniya uygun bir tedavi modeli önerilmekle birlikte, disparoni sıklıkla diğer cinsel işlev bozuklukları ve anksiyete/depresyon semptomları ile komorbidite gösterdiğinden olguların psikoteröpotik yönden de ele alınması zorunludur. Disparoni etiyolojisinde rol oynayan faktörlerin tedavisi lokal östrojen kremlerinden, fonksiyonel elektrik uyarımına, çeşitli abdominal ligaman eksizyonlarından vestibülektomiye, hipnoterapiden interferon uygulamasına kadar çeşitlilik göstermektedir (62,65, 66, 67).

2.3.3. Vulvodini/vulvar vestibülit

Vulvodini ilk kez 1889 yılında Steke tarafından “vulvanın aşırı hassasiyeti” olarak tanımlansa da, 1980’ li yıllara kadar literatürde pek atıf yapılmayan bir konu olarak kalmıştır. Bu hastalığın kadınların günlük yaşamındaki olumsuz etkilerinin kavranmaya başlamasıyla birlikte Uluslararası Vulvovajinal Bozukluklar Çalışma Topluluğu 1983 yılında bozukluğu “herhangi bir deri hastalığı veya enfeksiyonu olmadan yanma, irritasyon, batma, acıma yakınmalarıyla karakterize kronik vulvar rahatsızlık” şeklinde yeniden tanımlamıştır (68). Aynı kuruluş tarafından 2003 yılında tanım gözden geçirilmiş ve bozukluk “ belirgin fiziksel bulgular veya özgül, klinik açıdan tanı koyulabilecek nörolojik bozukluk olmadığı halde ortaya çıkan ve genellikle yanıcı bir ağrı olarak tanımlanan vulvar rahatsızlık” şeklinde tanımlanırken, lokalize ve yaygın dizestezi alt başlıklarında incelenmiş, her alt başlık provoke, kendiliğinden ve karma olarak üç gruba ayrılmıştır. Eski adıyla vulvar vestibülit, enflamasyonun belirgin bir bileşen olmaması nedeniyle lokalize vulvar dizestezi/vestibülo dini olarak yeniden tanımlanmıştır (69).

Literatürde disparoni, vulvodini, vestibülo dini, vulvar vestibülit ve hatta zaman zaman vajinismus birbirlerinin yerine kullanılan terimlerdir. Bu durum özellikle 1970’ li yıllardan sonra uluslararası tanı sistemlerinin cinsel işlev bozukluklarını sınıflandırmaya dahil etmeye başlaması ile azalsa da, bazı yazarlar halen tüm bu tanılarının aslında tek bir duruma işaret ettiğini ileri sürmektedir (70). 1980’ li yıllarda, cinsel işlev bozuklukları alanında ortaya çıkan fizyolojik ve teröpotik ilerlemeler jinekoloji alanına vulvodini çalışmalarındaki artışla yansımış, bunun sonucunda vulvodini tanımının güncellenmesi ihtiyacı doğmuştur. Bu tarihten itibaren çeşitli tedavi modaliteleri öne sürülmüş,

etiyojik araştırmalar yapılmış ve 1987 yılında, Friederich tarafından ilk kez vulvar vestibülit genel vulvodini tanısından ayrıştırılarak özgöl tanı ölçütleri geliştirilmiştir Buna göre: (a) vajinal giriş veya dokunma ile vestiböl’ de şiddetli ağrı, (b) pamuk çubuk ile dokunmaya karşı vestibüler aşırı hassasiyet, (c) eritem gibi irritasyon bulguları ile vulvar vestibülit tanısı konmaktadır (71).

Vulvodini/vulvar vestibülit etiyojisinde çok çeşitli faktörlerin rol oynadığı ileri sürölmüştür. Bunlar, sinir uçları artışı ile belirlenen periferel nöropati, anormal lokalize enflamatuvar yanıtlar, normal enflamatuvar süreçleri engelleyen genetik faktörler, etkisiz antimikrobiyal immün sistem, vulvar vestibüler kan akımı artışı ile belirlenen vestibüler mukoza anomalileri, tekrarlayan vajinal enfeksiyonlar, hipertonsite ile belirlenen pelvik taban kası işlev bozukluğu gibi etkenler olup, bu etkenler çeşitli patogenezi hipotezleri ile sistematize edilmeye çalışılmaktadır (72). Lynch tarafından geliştirilen nöropatik hipoteze göre akut enflamatuvar süreç bir ağrı sinyali oluşturur ve bu sinyal beyinde talamusa ulaşır. Ağrı kronik düzeye ulaştığında normal duyu sistemi süreğen duyarlılaştırmaya maruz kalır ve bu durum nosiseptör eşiklerinde azalmaya, nosiseptör alanında genişlemeye, normalde ağrılı olmayan uyarılara nosiseptör yanıtının oluşmasına, uzamış uyarım sonrası duyumlara neden olur. Bu duysal değişiklikler vulvodinin temel özellikleridir. Somatoform hipoteze göre ise vulvodini öncesinde psikolojik, cinsel, sosyal sorunlar ağrının merkezi olarak işlenmesinde bozukluğa neden olur ve bu anormal işleme süreci vulvar ağrıya neden olur. Bu iki hipotez anksiyetenin ağrının oluşum ve işlenme süreçlerine etkisi üzerinden ortaklaştırılmaya çalışılmaktadır (73, 74, 75).

Vulvodini etiyojisi tam olarak bilinemediğinden tedavi üzerine bir fikir birliği oluşmamıştır. Tedavi girişimleri çeşitlilik göstermektedir. Sıklıkla uygulanan tedavi girişimleri arasında cerrahi yöntemler (vestibülektomi), lezyon içi alfa-interferon uygulaması, topikal lidokain, antidepresanlar, düşük okzilat diyeti, bilişsel davranışçı psikoterapi, biyofeedback yöntemleri sayılabilir. Tedaviye yanıt oranları çeşitlilik göstermekle birlikte, farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada en yüksek başarı oranları cerrahi yöntemler ile bildirilmiştir (46, 58, 76) .

2.3.4. Anodisparoni

Anal seks eski Yunan sübyancılık kurumundan beri erkek homoseksüalitesi ile ilişkilendirilse de, prevalansı gittikçe artan bir heteroseksüel cinsel davranış olarak karşımıza çıkmaktadır (77). HIV bulaşıcılığı açısından sıklıkla araştırılan anal seks, henüz literatürde bir cinsel davranış olarak ele alınıp incelenmemektedir (78). Bu durum anal seksin toplumsal düzeyde halen bir cinsel tabu olması ve bu nedenle anal seks ile ilgili cinsel sorun yaşayan kişilerin sıklıkla tedavi başvurusunda bulunmaması; yine aynı nedenle araştırmacıların bu konuya yanlı yaklaşması ile ilişkilendirilebilir.

Anal cinsellik kavramı penil-anal ilişki dışında, çeşitli nesne ve vücut kısımları ile anüsün uyarılması ve/veya penetrasyonunu içerir. Doğrudan genital uyarı olmaksızın, anal penetrasyon ile orgazm deneyimlenebileceği bildirilmiştir (28). Bununla birlikte cinsel yanıtın plato fazında her iki cinsiyette de eksternal anal sfinkterin geriliminin arttığı ve bu kasılmanın orgazma katkıda bulunduğu belirtilmektedir.

Anal ilişki sadece homoseksüel cinsel davranış biçimleri arasında değerlendirilemez. Yapılan çalışmalar zaman içinde heteroseksüel cinsel ilişkilerde de anal seksin yaygınlaştığını göstermektedir. İngiltere Ulusal Cinsel Tutum ve Yaşam Biçimleri Araştırması'nda 1990 yılında erkeklerin %7'si ve kadınların %6,5' i son bir yıl içerisinde anal ilişki bildirirken bu rakamlar 2000 yılında sırasıyla %12,3 ve %1,3' tür (77). Baldwin ve arkadaşları yaklaşık 1000 üniversite öğrencisi arasında yürüttükleri çalışmada, anal ilişkiye girme oranını %18 olarak bildirmektedir. Yine Amerika' da yürütülen bir çalışmada kadınların %35' i, erkeklerin %40' ı karşı cinsten bir eş ile anal ilişki bildirmiştir (79). Ülkemizde 2006 yılında bir araştırma şirketi tarafından yürütülen cinsellikle ilgili geniş bir saha çalışmasında anal ilişkiye girme oranı kadınlarda %7.1 erkeklerde %20.2 olarak bildirilirken, bu oranın evlilik dışı ilişkilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (80).

Anal ilişki sırasında ortaya çıkan yineleyici veya sürekli ağrı, literatürde “anodisparoni” olarak adlandırılmaktadır. Rosser ve arkadaşları tarafından 1998 yılında önerilen bu kavramla ilişkili olarak homoseksüel erkeklerle yürütülen çalışma, 2005

yılında Damon ve Rosser tarafından tekrarlanmıştır. HIV riskini azaltma projesi kapsamında 232 homoseksüel erkekle yürütülen 1993 tarihli anal cinsel ilişki ile ilgili ilk çalışmada da deneklerin anal cinsel ilişki ile ilgili düşünce ve duyguları araştırılmış, denekler anal ilişkinin cinsel yaşamlarının merkezinde olduğunu ama bununla birlikte fiziksel ağrı nedeniyle kaçınma davranışı gösterdiklerini belirtmiştir (51, 81, 82). Heteroseksüel çiftlerde anal cinsel ilişki ile ortaya çıkan ağrıyla ilgili literatürde henüz bir çalışma bulunmamaktadır.

Rosser ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada, homoseksüel anal ilişkiye giren erkek deneklerin %16' sı ağrılı anal cinsel ilişkiyi güncel bir sorun olarak yaşarken, %61' i hayatlarında en az bir kez ağrılı anal cinsel ilişki yaşadıklarını belirtmişlerdir. 2005 yılında tekrarlanan çalışmada ağrılı anal cinsel ilişkiyi güncel bir sorun olarak yaşayan deneklerin oranı %14' tür (81, 82).

Bu çalışmalardan yola çıkarak anodisparoni tanımını öneren Rosser ve arkadaşları, aşağıdaki tanı ölçütlerini geliştirmiştir:

- 1- Reseptif anal cinsel ilişki sırasında sıklıkla ortaya çıkan ağrı
- 2- Ağrının belirgin stres ve kişilerarası zorluklara neden olması
- 3- Ağrının anal kasların istemsiz gerginliği, kayganlaştırıcı sıvıların yokluğu, madde kullanımı veya genel tıbbi bir duruma bağlı olmaması

Yazarlar, anal cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan ağrının psikolojik nedenlerinin, anal gevşemeyi engelleyen korku ve anal cinsel ilişkiyle ilgili yanlış inanışlar olduğunu belirtmekte ve tedavi olarak anal gevşeme egzersizleri önermektedir (78, 82).

Literatürde 1859 yılından itibaren, “koksigodini”, “levator sendromu”, “proktalja fugaks” gibi çeşitli kronik anal ve perianal ağrı sendromları bildirilmesine ve ayrıntılı olarak tanımlanmasına rağmen, bu sendromlar anal cinsel ilişkiyle herhangi bir biçimde bağlantılandırılmamıştır (90).

2.3.5. Klitoral Ağrı

Klitoral ağrı olguları literatürde nadiren bildirilmektedir. İlk kez 1999 yılında bir temel kitapta bahsi geçen klitoral ağrıyla ilgili olarak Uluslararası Vulvovajinal Bozukluklar Çalışma Topluluğu' nun 1999 yılındaki toplantısında bir tartışma platformu oluşturulmuş ve araştırmacıların ilgisi bu alana çekilmeye çalışılmıştır (52).

Gordon tarafından 2002 yılında bildirilen 22 hastalık bir seride, orgazmik işlevlerin etkilenmediği ama ağrı nedeniyle koitusun mümkün olmadığı bildirilmiştir. Yine aynı seride, ağrılı klitoris ile meme ucu ağrısının birlikte görüldüğü belirtilmiş, nöroanatomik olarak farklı yollara sahip bu iki anatomik bölgenin hormonal mekanizmalar üzerinden ağrı duyumunda ortaklaştığı yorumu yapılmıştır. Bu seride klitoral ağrı olgularında birçok biyolojik faktörün rol oynadığı belirtilmektedir. Özellikle Liken Sklerozis 5 hastada klitoral ağrı etkeni olarak tespit edilmiştir. Yazar bütün faktörlerin ortak bir travma etiyolojisiyle birlikte klitoral ağrıya neden olduğunu belirtmektedir (52).

Literatürde cinsel işlev bozukluğu olan post-menopozal kadınlarda sildenafil kullanımı ile ortaya çıkan klitoral ağrı olguları da bildirilmiştir (83).

2.3.6. Kronik Pelvik Ağrı

Kronik pelvik ağrı kadınlarda oldukça büyük sağlık sorunlarına, yaşam kalitesinde bozulmaya yol açan ve işgücü kaybı, sağlık bakım hizmetleri kullanımı açısından kayba neden olan bir durumdur. 15- 73 yaş arası kadınlarda prevalansı %3.8 olarak bildirilmektedir. Kadın hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerine en sık yönlendirilme nedeni %20' lik bir oranla kronik pelvik ağrıdır. Bu durumun tek başına Amerika' da yılda 881,5 milyon dolar, İngiltere' de yılda 158 milyon sterlin sağlık harcamasına neden olduğu hesaplanmıştır (84, 85).

Kronik pelvik ağrı tanımı ve tipleri tartışılmaktadır. Tanımlar çoğunlukla ağrının süresi (en az 3-6 ay) ve karakteri (sabit, aralıklı, periyodik veya periyodik olmayan)

üzerinden yapılmaktadır. Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği, “Jinekolojik orijinli olup belirgin bir lezyon veya neden saptanmayan kronik veya yineleyici ağrı” tanımını önerirken; Reiter “Narkotik analjeziklerle geçmeyen 6 aydan uzun süreli, periyodik olmayan ağrı” tanımını önermektedir. Buna göre kronik pelvik ağrı, dismenore, derin disparoni ve periyodik olmayan pelvik ağrı olarak üç kategoriye ayrılmaktadır. İzole dismenore ve disparoniyle ilişkili yineleyici ağrı, biyolojik olarak kronik ağrıdan ayrı tutulsa da, sıklıkla semptomların örtüşmesi nedeniyle kronik pelvik ağrı tanısıyla ilişkilendirilmektedir (86).

Dünya Sağlık Örgütü uzmanları tarafından yürütülen 2006 tarihli bir gözden geçirme çalışmasında, ölçütleri karşılayan 148 çalışma incelenmiş ve 459972 denek üzerinden prevelans hesaplamaları yapılmıştır. Buna göre dismenore prevalansı %1.7-97, derin disparoni prevalansı %1.3- 45.7, periyodik olmayan pelvik ağrı prevalansı %4.0- 43.4 olarak bulunmuştur. Bu çalışma dünya çapında kronik pelvik ağrı prevalansını araştıran ilk sistematik çalışmadır (84). Kronik pelvik ağrı jinekolojik başvuruların ikinci en sık nedenidir ve tanısız amaçlı laparoskopik girişimlerin %52’sini oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde uygulanan histerektomilerin %12-16’sının kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (87).

Kronik pelvik ağrı hastaları genellikle tanısız amaçlı laparoskopik incelemeye alınmakta ve olguların yarısından fazlasında yapısal patolojiye (endometriozis, yapışıklıklar) rastlanmamaktadır. Bu durum etiyolojide psikososyal faktörlerin rol oynadığını düşündürmektedir. Etiyolojik faktörlerin incelendiği sistematik bir gözden geçirme yazısında 122 çalışma incelenmiştir (61). Bu çalışmada, 30 yaş üzeri olmak, düşük beden kitle indeksine sahip olmak, sigara kullanımı, erken yaşta menarş, uzun menstrüasyon periyodu, hipermenore, doğum yapmamış olmak, premenstrüel sendrom, kısırlık, klinik olarak pelvik enflamatuar hastalık beklentisi, cinsel istismar ve psikolojik semptomlar dismenore ile ilişkili bulunurken; ilk doğum yaşının küçük olması, egzersiz ve oral kontraseptif kullanımı dismenore ile negatif korelasyon göstermiştir (91). Menopoz, pelvik enflamatuar hastalık, cinsel istismar, anksiyete ve depresyon disparoni riskinde artış; madde veya alkol kullanımı, düşük öyküsü, hipermenore, pelvik enflamatuar hastalık, sezeryan öyküsü, pelvik patoloji, istismar ve psikolojik komorbidite ise periyodik olmayan pelvik ağrı riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir.

Değerlendirmeye alınan 60 risk faktörü arasından pelvik patoloji, cinsel istismar öyküsü ve psikolojik morbidite ile kronik pelvik ağrı arasında nedensellik düzeyinde kuvvetli bağlantı olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle kronik pelvik ağrı tedavisinde multidisipliner yaklaşım önerilmektedir (86).

Kronik pelvik ağrı yakınması olan kadınların cinsel yaşamları ve partner ilişkilerinde önemli sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (89). Bu popülasyonda anorgazmi, dispareni ve postkoital ağrı insidansı daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik pelvik ağrı yakınması olan kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği skorları daha yüksek bulunmuş; bu durumun kronik pelvik ağrı ile anksiyete, depresyon ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki bağlantıyı ortaya koyduğu belirtilmiştir (88).

2.4. Vajinismus

2.4.1. Giriş

Rasim Adasal' ın 1962 tarihli "Cinsiyet, Aşk, Evlilik" isimli, dilimizde yayınlanan belki de ilk kapsamlı seksoloji kitabında "...kadın tenasül cihazlarının methâlini ve kapısını teşkil eden vajenin büzülmesi hali..." olarak tanımlanan vajinismus günümüzde hâlen sıklıkla karşılaşılan bir cinsel işlev bozukluğudur (92). Geçmiş yıllarda "tamamlanmamış evlilik" kategorisi altında en sık neden olarak incelenen ve zaman zaman bu adla anılan vajinismus, cinsel araştırmaların hız kazandığı 70'li yıllar sonrasında cinsel yaşamın koitusla sınırlandırılmayacağı ve koitusun evliliğin tamamlanması açısından bir önkoşul olamayacağı düşünülerek cinsel işlev bozuklukları sınıflandırmasına dahil edilmiştir (93).

Literatüre vajinismus terimini kazandıran Dr.J. Marion Sims bozukluğu şöyle tanımlar: "Kişisel gözlemlerime dayanarak, evlilik anlaşmasının her iki tarafına da böylesine bir mutsuzluk yaşatan ve yine bu kadar kolay, kesin ve güvenli biçimde tedavi edilebilen başka bir hastalık olmadığını ifade etmek isterim." (1)

Vajinismuslu kadınların, kendilerinin ve eşlerinin bedenleri ile ilgili olumsuz duygular, cinsel ilişkiyle ilgili korkular, günah ve ahlaki çelişkiler, suçluluk ve utanç duyguları yaşadıkları; depresif ve apatik tutumlar sergiledikleri, kişisel stres ve psikolojik problemler, pişmanlık ve üzüntü, zaman zaman kendine zarar verme ve özkıyım düşünceleri içinde oldukları ve eşleriyle nasıl bir cinsellik yaşayacaklarını bilmedikleri belirtilmiştir (94). Kayır ve arkadaşlarının 100 vajinismuslu kadının TAT verilerini incelediği bir çalışmada kadınların % 99 oranında suçluluk duygusu yaşadığı; suçluluk duygusunun % 65'inin de özel olarak cinsel suçluluk olduğu saptanmıştır (95). Aynı çalışmada kadınların %70'inde afektif ambivalans ve frustrasyon, %70'inde kişilik yapısında kuvvetli düalite, %97'sinde anksiyete, %75'inde cinsel frustrasyon, %91'inde kendine güvensizlik ve yetersizlik duyguları, %52'sinde cinsel başarısızlık korkusu, %46'sında erkeğe güvensizlik ve %50'sinde terk edilme korkusu saptanmıştır.

Vajinismus, cinselliğin açıkça konuşulmadığı ve paylaşılamadığı toplumlarda bir sır olarak kalmakta ve en yakın aile üyelerinin bile genellikle durumdan haberi olmamaktadır. Bu durum toplum temelli çalışmaların yürütülmesini de zorlaştırmaktadır. Çiftler bu durumu organik bir kadın hastalığı olarak ele alıp öncelikle jinekoloji uzmanlarına başvurmaktadır (96).

Psikiyatri kliniklerinde izlenen vajinismus olguları, çoğunlukla cinsel yaşamlarında ortaya çıkan ve evlilik yaşantılarını da etkileyen sorunlar nedeniyle başvurmakla birlikte; bir kısmının cinsellikle ilgili kısmı bir sorun olarak yaşamadıkları, temel motivasyonlarının çocuk sahibi olmak olduğu bildirilmiştir (93, 96).

Vajinismus olgularının toplumdaki prevalansı ve insidansı belirsizdir (36). Bu konuda henüz toplum temelli çalışmalar yürütülmemiştir. Mevcut sıklık rakamları birinci basamak veya cinsel işlev bozukluğu kliniklerine başvuran hastalar üzerinde yapılan araştırmalardan elde edilmiştir. 2008 yılında yayınlanan bir gözden geçirme yazısında, kesin olmamakla birlikte üreme çağındaki kadınların %0.5 -1' inde vajinismus görüldüğü bildirilmiştir (62). Daha önceki yıllarda, çeşitli kaynaklarda referans gösterilen 1990 tarihli kadın cinsel işlev bozuklukları prevalansı gözden geçirme yazısında Spector ve arkadaşları cinsel işlev bozukluğu polikliniklerinde yürütülen çalışmalarda vajinismus prevalansının %12-17 arasında değiştiğini ama

görece stabil bir rakama ulaşıldığını bildirmiştir (36). Bu tarihten sonra, birinci basamak merkezler ve venerol hastalıklar kliniklerinden bildirilen prevalans oranları %25-30 arasında değişirken, bir çalışmada %0 oranı bildirilmiştir. Kliniğe başvuran kadınlarda vajinismus prevalansının İran’da %8, İrlanda’da %42, İngiltere’ de %25 olması, bozukluğun ve kliniğe başvuru oranlarının toplumlar arasında değişkenlik gösterdiğini düşündürmektedir (97-99)

Ülkemizde bu bozukluğun batı toplumlarına kıyasla daha sık görüldüğü düşünülse de, henüz geniş insidans/prevalans çalışmaları yürütülmemiştir. Normal popülasyondaki sıklık oranları üzerine yapılan tek çalışmada, Konya’ da oran %15.3 olarak bildirilmiştir (3). Yine birinci basamak sağlık hizmeti için başvuran kadınlar arasında yürütülen bir çalışmada en sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluğu %41.7 oranı ile vajinismustur (2). Ülkemizde cinsel işlev bozuklukları kliniklerine başvuran kadınlar üzerine yapılan araştırmalarda ise vajinismus görülme sıklığının %62.2- 73 arasında stabil olarak seyretmesi, vajinismusun kliniklerde en sık görülen kadın cinsel işlev bozukluğu olduğunu ispatlamaktadır (100, 101) .

2.4.2. Vajinanın Kültürel Görüngüleri

Vajina, “kın, kılıf” anlamına gelen Latince kökenli bir sözcüktür (102). Böylelikle en başından itibaren primer kadın cinsel organına, erkek cinsel organını sarıp sarmalama, onu içine alma ve koruma misyonu yüklenmiş olmaktadır. Bununla birlikte vajina kılıf olarak penise uydurulan, penise göre olandır. Bu anlamda penise sekonder bir organ gibi ve penise göre tanımlanmaktadır. Bu tanımla işlevselliğinin de penis üzerinden tarif ediliyor olması, onu kendi başına işlevsiz kılmaktadır. Vajinanın görevi penis geldiğinde başlamakta, geriye kalan zamanlarda bir köşede penisini beklemektedir. Bu bağlamda penis ile işlev ve anlam kazanmakta, etkinleşmekte, penis yokluğunda ise edilginleşmektedir.

Freud' a göre her iki cinsiyet için de vajinanın keşfi pubertede gerçekleşir ve kadında vajina penisin barınağı olma değeri kazanır. Böylelikle kadın bedeni, annenin bedeninin mirasını da üstlenir (103). Nasıl ki anne erkek çocuğun bedenini rahminde

barındırıp koruyorsa; kadın da erkeğin penisini vajinasında barındırmaktadır. Belki de bu nedenle orgazma “petit morte” (küçük ölüm) denmektedir, ölüm bedeninin toprakla yani dişil olanla yeniden birleşmesidir.

Freud' un kadın psikoseksüel gelişimini penis merkezli olarak açıklaması ve önceliği klitoral cinselliğe vermesi bazı feminist yazarlar tarafından eleştirilse de (104), feminist yazında da vajina ihmal edilmiştir. 1994 tarihli feminist ansiklopedi “Cinsel İmajinasyon” da vajina ile ilgili bir başlık bulunmazken, klitoris tarihsel anlamı da dahil olmak üzere ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (105).

Braun ve Wilkinson, vajinanın kültürel görünümelerini inceledikleri ayrıntılı derlemelerinde batılı toplumlarda yedi başlıkta toplanan olumsuz değerlendirmeler gözlemlendiğini belirtmişlerdir (105):

Penis' ten alt düzeyde bir organ olarak vajina, eski Yunan'dan günümüze uzanan bedeninin tek cinsiyetliliği düşüncesinin bir ürünü olarak, kadın bedeninin eksikliğine işaret etmektedir. Galen kadın bedenini cinsel organlar açısından erkek bedeninden daha az mükemmel olarak tanımlar (106). Bu bakış açısı rönesans dönemine kadar uzanan kadın bedeninin erkek bedeninin daha az gelişmiş bir formu olduğu düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda, kadın cinsel organları olması gerektiği gibi dışarı doğru değil, içeri doğrudur. Rönesansla birlikte iki-cinsiyetlilik modeli gelişse de vajinanın hiyerarşideki yeri korunmuştur (104).

Bir yoksunluk durumu olarak vajina, penisin olmadığı duruma işaret etmektedir. Psikanalitik yaklaşım kadını kastre edilmiş erkek olarak değerlendirmekle eleştirilmektedir (104). Batı toplumunun sembol oyuncaklarından biri olan Barbie bebeklerde belirgin göğüslere rağmen vajinanın olmayışı bu durumla ilişkilendirilmektedir (107). Bu durum kadınların cinsel organlarının yapısı ve işlevi ile ilgili bilgi sahibi olmadıkları bulgusu ile bağlantılandırılmaktadır (108).

Penisin pasif eşdeğeri olarak vajina' nın gelişimsel amacı, bazı seksoloji kitapları ve sözlüklerde bile penisi içine almak, penis ile bir yapbozun parçaları gibi uyum içinde olmak olarak tanımlanmaktadır. Koitus, Latince anlamı “karşılaşmak” olan, işteş bir

eylemidir. Tıp literatüründe koitus yerine “giriş”, “penetrasyon” kelimelerinin kullanılması da vajinayı pasişestirmekte ve penise öznellik tanımaktadır.

Cinsel açıdan yetersiz bir organ olarak vajina, penisin “giriş” ine uygunluğu açısından tartışma konusu olmakta, penisin girişine “daha uygun” hale getirilmek için çeşitli cerrahi müdahalelere maruz kalmaktadır. Vajinanın daha diri, sıkı, daha sarıp sarmalayıcı olabilmesi için kadınlara Kegel tarafından pubokoksijeal kas egzersizleri (109), Amerikalı bir doktor olan James Burt tarafından “aşk cerrahisi” ve vajinalarını “balayı tazeliğinde” koruyabilmeleri için sezeryan ile doğum önerilmektedir (110).

Yine başka bir çalışmada, birçok orta Afrika ülkesinde kadınların vajinalarının hala diri ve yakıcı olduğunu ispatlamak için “kuru seks”i tercih ettikleri, vajinal ıslaklığı ortadan kaldırmak ve vajinal sıcaklığı arttırmak amacıyla cinsel ilişki öncesinde vajinalarına çeşitli kimyasal maddeler uyguladıkları bildirilmektedir (111). Bu durum erkek-egemen toplumlarda vajinal sıvının kirlilik, kadının cinsel ilişkiye soğukluğu, sürtünmenin daha az olması nedeniyle daha düşük cinsel haz ile ilişkilendirilmesiyle ortaya çıkmaktadır. Daha sıkı ve diri bir vajina bakireliği simgelemekte olup, vajinal doğumlar nedeniyle kas dokusu gevşeyen vajina cinsel olarak yetersiz hale gelmektedir.

16. yüzyıl Osmanlı şairlerinden Mehmed Gazali' nin “Dafi'ül Gümum” isimli eseri döneminin kadın cinselliğine yaklaşımını yansıtmaktadır (112). Gazali, kadın güzelliğini “beyaz ten, güzel saç, uzun boy, lale yanak, fındık dudak” ile betimlerken, yaşlı ve çirkin kadınları mide bulandırıcı olarak nitelendirdiği vajinalarına referansla tanımlamaktadır. Gazali' ye göre yaşlı ve çirkin kadınların vajinaları “buzdan daha soğuk, bir mağara kadar derin ve yulaf ezmesi gibi sıvışık” tır, yani cinsel açıdan yetersizdir. Yine Gazali' ye göre dördüncü çocuğun doğumundan sonra kadının vajinası gevşemekte ve erkeğe daha az cinsel haz vermektedir.

“İğrenç” bir organ olarak vajina, kadın bedeninin kirli, utanç verici bir kısmıdır. Kadınların vajinalarını bedenlerinin diğer kısımlarına kıyasla daha çirkin bulduklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır. Vajinal sıvılar, kirli, pis kokulu ve hastalık etkeni olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle kadınların vajinalarına dokunmadan tampon

kullanabilmeleri için araçlar geliştirilmiştir. Vajinalarına dokunamayan ve görmek istemeyen vajinismus olguları bilinmektedir. 16-17. yüzyıllarda Fransa' da vajina “utanç organı” olarak isimlendirilmektedir. Kadın cinsel organlarının anatomik ismi “pudendum muliebre”, Latince “utanç verici kadınsı” anlamına gelmektedir.

Korunmasız ve istismara açık bir organ olarak vajina, her an yaralanabilir ve dış tehdiye maruz kalabilir. Brownmiller tecavüzün anatomisini, erkeğin yapısal kapasitesi ve kadının yapısal korunmasızlığı ile açıklamaktadır . Vajina kadın bedeninin “zayıf karnı” dır. Kadın vajinası üzerinden tecavüze uğradığından, “vajinasına bir şey sokulmakla” tehdit edilebilir. Bu yöntem sıklıkla bir işkence aracı olarak kullanılmaktadır.

Tehlikeli bir organ olarak vajina karşılığını mitolojik bir figür olarak “vajina dentata” da bulur. Vajina dentata motifi erkeğin, kadının dizginlenemez cinselliğinden korkusunu ve kastrasyon anksiyetesini simgeler. Maori mitolojisinde ölüm tanrıçası Hine Nui Te Po, “erkeğin giriş yaptığı yerde obsidyen ve zümrüt dişleri olan kadın” şeklinde tanımlanmaktadır (105).

2.4.3. Vajinismus Tarihçesi

Vajinismus, terim olarak Tıp literatürüne 1800' lerin ortalarında kazandırılmış olsa da, çok daha eski metinlerde sendrom olarak tanımlanmış ve tedavi önerileri geliştirilmiştir. İlk olarak Ramesseum IV papirüslerinde rastlanan vajinismus olgularından (113), ortaçağ İtalya' sının kadın hekimlerinden Salerno’ lu Trotula “Kadın Hastalıkları” isimli kitabında bahsetmektedir (114).

Cinsel ilişkiye giremeyen ve bu nedenle hekime başvuran kadınların varlığı bilinse de, bu bozukluğun ismini koyan ve sistematik tedavi önerilerini akademik dünya ile paylaşan ilk kişi 1834 yılında benzer hastaları tezinde tartışan Huguier değil, Amerika'da Jinekoloji biliminin kurucusu Dr. J.Marion Sims' dir (1,115). Dr. Sims Amerika' da ilk kadın hastanesini kurmuş ve jinekoloji dünyasına kendi adıyla bilinen spekulumu, muayene pozisyonunu ve vesiko-vajinal fistül operasyonunu kazandırmış

olsa da, bu başarılarına deneyim kazanmak amacıyla anestezişiz ameliyat ettiği siyah köle kadınların kanı bulaşmıştır.

Dr.Sims, 2 Nisan 1862' de New York Tıp Akademisi' nde okunan “Vajinismus Üzerine” isimli makalesiyle literatüre “vajinismus” terimini tanıtmış ve beş vaka üzerinden tedavi yöntemini açıklamıştır . Dr. Sims bu duruma neden vajinismus adını önerdiğini şu şekilde açıklamıştır (116):

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

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

Dr. Sims' in tedavi yöntemi Amerika tıp çevrelerinde geniş yankı bulmuş, kısa sürede vajinismus üzerine benzer deneyimler paylaşan çok sayıda makale yayınlanmıştır. Amerika'da hayranlık uyandıran bu yöntem Dr. Sims' in Avrupa' ya yaptığı gezi sırasında Avrupa'da da tartışma konusu olmuş ve oldukça olumsuz eleştiriler almıştır.

İngiltere' de yayınlanan bir makalede politik nedenlerle Avrupa' ya gelmiş olan Dr.Sims' in liberal çevrelerde sempatiyle karşılanmış olmasına rağmen önerdiği tedavi yöntemlerinin eski dünya için pek geçerli olmadığı belirtilmiştir. Özellikle vajinismusun hafif formlarının hiç de azımsanamayacak kadar çok olduğu söylenerek, nasıl ki

blefarospazmda gözkapakları, veya laringismusta vokal kordlar kesilmiyorsa, vajinismusta da cerrahi operasyon gerekmebileceği bildirilmiştir (117).

Dr.Sims' e bir eleştiri de Almanya' dan gelmiştir. Prof. Dr. Scanzoni vajinismus vakalarında temel patolojinin deneyimsiz kocanın zorlayıcı koitus denemelerinin neden olduğu vajinal mukoza inflamasyonuna bağlı bir kontraktilite olduğunu belirtmiş ve Dr.Sims' in yaklaşımını asla başvurulmaması gereken “kanlı bir operasyon” olarak nitelendirmiştir. Prof. Scanzoni' ye göre öncelikle cinsel ilişki engellenmeli ve vajina sık uygulanan sıcak banyolar, sıcak Goulard ekstresi losyonu uygulaması ve konstipasyon halinde laksatifler kullanılarak inşamasyondan arındırılmalı; sonrasında gümüş nitrat solüsyonu ve belladona içeren vajinal suppozituarlar uygulanmalıdır. Bu uygulamalardan sonra konik bir spekulum ile ilk seferlerde ağırlı olabilecek dilatasyon işlemi gerçekleştirilmeli ve bu sırada sıcak banyolar ve suppozituarlara devam edilmelidir. Dr. Scanzoni bu yöntemle, Dr.Sims’ in cerrahi yöntemiyle aynı sürede, %100 tedavi oranı bildirmiş ve vajinismusta sadece deneyimsiz cerrahların heves edeceği cerrahi yöntemlerin kaderinin, bir zaman daha tartışılmaya devam edilse bile, ileride tarihin tozlu sayfalarında unutulmak olduğunu belirtmiştir (4,118).

19. yüzyılın sonunda Freud' un cinselliği psikiyatrinin konusu haline getiren makalelerine kadar ve sonrasında bir süre daha vajinismus, jinekologların “kanlı” veyahut “kansız” girişimleriyle tedavi edilmeye çalışılan bir hastalık olagelmıştır. 19.yüzyıl jinekoloji tarihi üzerine bir derlemede, 1900’lü yılların başına kadar vajinismusla ilgili 130 referans kaynak olduğu belirtilmektedir (119).

2.4.4. Vajinismus Etiyopatogenezi

Vajinismus etiyojisine dair tartışmalar sürmektedir. Vajinismus teriminin ilk ortaya atıldığı yıllarda konuyla ilgilenen jinekologlar deneyimsiz eşin neden olduğu mikrotravmalar ve diğer başka faktörler sonucu ortaya çıkan enflamatuvar süreçlerin temel patolojiye neden olduğunu ileri sürerken (4), sonrasında psikanalitik yaklaşımın

etkisiyle etiyoloji penis hasedi ve erkeği kastre etme arzusu gibi psikodinamik formülasyonlarla açıklanmaya çalışılmıştır. 1970' li yıllarda seksoloji alanındaki ilerlemelerle birlikte davranışçı kuramların da ortaya atılmasıyla vajinismus etiyolojisinde öğrenme ve ağırlı uyaran koşullanmasının önemli olduğu öne sürülmüştür. 1990' lı yıllarla birlikte ağrı kuramı, ağrı ölçümü, ağrı görüntüleme alanlarındaki gelişmeler vajinismus hastalarında da uygulanmış ve çeşitli pelvik kas gruplarının hastalığın patogenezinde rol oynadığı ve etiyolojide bu kas gruplarının işlevleri ile ilgili sorunların etkili olabileceği belirtilmiştir. Vajinismus etiyolojisinde yukarıda bahsi geçen hipotezlerle ilgili birçok çalışma yayınlanmış olup aşağıda bu çalışmalardan örnekler kronolojik sıra ile sunulmaktadır.

Malleson vajinismusun psikojenik bir bozukluk olduğunu, vajinismuslu kadınların küçük yaşlardan itibaren pelvik bölgelerinden kaynaklanacak bir ağrı beklentisi altında koşullanmış olduklarını; bu koşullanmanın küçük yaşlarda sıklıkla rektal bölgeye fitil, suppozituar, enema uygulanmasından kaynaklandığını bildirmektedir. Rektal, vajinal ve üretral açıklıkların aynı bölgeden köken aldıklarını ve aynı inervasyona sahip olduklarını, küçük yaşlarda oluşan rektal koşullanmanın pelvik ağrı beklentisi olarak kodlanabileceğini belirten Malleson, 5-6 yaşlarından itibaren bu türden yabancı cisimlere maruz kalan kadınlarda bilinç, daha küçük yaşlarda maruz kalan kadınlarda ise belleğin bilinçdışı düzeyinde bu hatıraların depolanmış olabileceğini belirtmektedir. Malleson bu hipotezi hastaların ifadelerinden edindiği izlenim sonrası 20 hasta üzerinde ayrıntılı sorgulama ile oluşturduğunu ifade etmiştir (7).

Dawkins, Dr.M. Balint'in süpervizörlüğünde yürütülen tamamlanmamış evliliklerle ilgili bir eğitim çalışmasının ara sonucu olarak yürüttüğü çalışmasında³⁷si vajinismus olmak üzere 70 tamamlanmamış evlilik olgusunu incelemiş; bu olguların bir kısmının cinsel matürasyonlarını tamamlamadıkları, bunda da annelerinin yeterli ilgi ve dikkati göstermemiş olmasının etkili olabileceğini belirtmiştir. Yazar ağrı korkusunun bu olgularda temel bir patoloji olduğunu söylemekle birlikte, bu olguların tamamını açıklayabilecek nedensel bir faktöre ulaşamadığını belirtmektedir (8).

Blazer 467' si vajinismus olmak üzere, 1000 tamamlanmamış evlilik olgusuyla yaptığı görüşmelerden sonra, cinsel birleşmenin neden gerçekleşmediği sorusuna kadınların verdikleri yanıtları kategorize ederek, kadınların bakış açısından hastalığın etiyolojik zeminini araştırmıştır. Buna göre kadınların %20,3'ü cinsel birleşme ile oluşacak ağrı korkusu, %17,8'i cinsellikten iğrenme, %11,7'si kocaların empotansı, %10,2'si gebelik ve çocuk doğurma korkusu, %8,2' si vajinanın küçük olduğu düşüncesi, %5,2'si cinsel organlar konusunda bilgisizlik ve buna bağlı olarak yanlış yapma korkusu, %5,2'si kadın partner tercihi, %39'u gebelik amacı dışında cinsel ilişkiden hoşlanmama, %3,3'ü kontrasepsiyondan hoşnutsuzluk, %3,1'i cinsel ilişkinin boyun eğme anlamına geleceği düşüncesi, %3'ü erkeklerden genel olarak hoşlanmama, %1,4'ü kocalarına sadece annelik yapma arzusu, %1,2'si kocalarının penisine zarar verme korkusu, %0,9'u semen korkusu içinde olduklarını belirtmiştir. Blazer bu sonuçlardan evli kadınların cinsellik konusunda oldukça bilgisiz olduklarını belirtmiş ve birkaç kategori dışında temel cinsel bilginin bu hastaları kısa sürede sağaltacağını iddia etmiştir (120).

Ellison 1968 yılında sunduğu 100 hastalık serisinde vajinismusun etiyolojik psikodinamik paternini açıklar. Ellison bilgisizlik ve yanlış inançların cinsel utanç ile birleşerek korkuyu oluşturduğunu, korkunun da ağrı ve kendini cezalandırmaya yol açarak fiziksel bir savunma pozisyonu ve sonuç olarak vajinismusu ortaya çıkardığını belirtir (121).

Master ve Johnson çeşitli psikolojik ve sosyal faktörlerin vajinismus etiyolojisinde rol oynayabileceğini belirtir. Bunlar katı dini yetiştirilme koşulları, eşin empotansı, istismar deneyimlerinin psikolojik etkileri olarak sıralanmaktadır (51).

Kaplan vajinismus yanıtının oluşumuna, gerçek veya fantezi, bilinçdışı veya bilinçli olsun olmasın cinsel birleşme veya vajinal giriş ile ilişkili herhangi bir olumsuz uyarının neden olabileceğini belirtmektedir. Koitusla birlikte ağrı veya korkunun ilişkilendirildiği birçok faktörün bu duruma yol açabileceğini belirten Kaplan, herhangi bir fiziksel ağrı nedeninin, erken yaştaki cinsel istismarın, cinsellikle ilgili anksiyete ve utanma duygusunun bu faktörler arasında sayılabileceğini ifade eder (29).

Duddle tamamlanmamış evliliklerdeki etiyolojik faktörleri araştırdığı çalışmasında vaginismusun bir cinsel işlev bozukluğundan çok fobik anksiyeteye benzediğini, temel etiyopatogenetik sürecin anksiyete oluşumu ve öğrenilmiş yanıtlar ile açıklanabileceğini bildirir (9).

Silverstein 22 vajinismus hastasını incelediği serisinde, vajinismusa neden olan faktörleri, erkeklerin (genellikle baba) güvenilir olmadığını ve tehdit unsuru olabileceğini erken yaşta öğrenme, kadının zayıf ve güçsüz ve erkeğin baskın olduğunu küçük yaşta öğrenme, cinsel ilişkinin erkeklerin ihtiyaç duyduğu ve kadının da uyması gereken kötü ve acıtan bir şey olduğunu erken yaşta öğrenme, bedene giren şeylerin acıttığını öğrenme, korku ve öfkenin ifade edilmesi hoş karşılanmayan duygular olduğunu ve bastırılması gerektiğini öğrenme olarak sıralamaktadır (10).

Reissing ve arkadaşları vajinismus etiyolojisiyle ilgili literatürün spekülatif ve metodolojik olarak sorunlu olduğunu, istatistiksel yöntemlere dayanmadığını belirterek, vajinismus etiyolojisinde rol oynadığı ileri sürülen cinsel veya fiziksel istismar öyküsü, cinsellik karşısında tutum, cinsel eğitim düzeyi, kişisel kendilik şeması ve ilişki uyumu gibi konuları üç grup denekte incelemiştir. Buna göre vajinismus grubu diğer gruplara kıyasla cinsel istismara belirgin olarak daha fazla maruz kalmış ve kendi cinsellikleri ile ilgili daha az olumlu tutumlar geliştirmiştir. Vajinismus ve vulvar vestibülit grupları cinsel yanıt açısından ağrı sorunu olmayan kontrol grubuna kıyasla daha fazla bozukluk bildirmiştir. Cinsel bilgi, ilişki uyumu, fiziksel istismar başlıklarında gruplar arasında farklılık bulunmamaktadır. Vajinismus grubu psikolojik stres başlığında diğer gruplardan farklılık göstermemektedir. Bu bulgularla geleneksel olarak etiyolojik faktör olarak kabul edilen birçok başlığın geçerli olmadığını ileri süren Reissing ve arkadaşları, yeterli veri olmamasına rağmen DSM IV' te bu faktörlerin etiyolojide rol oynadığının ifade edilmesini de eleştirmektedir (122, 123).

Van der velde vajinismusun genel bir savunma refleksinden kaynaklandığını ileri sürmüş ve vajinismus olan ve olmayan iki denek grubunun pelvik taban kaslarında, istirahat ve egzersiz halinde, tehlikeli cinsel ve cinsel olmayan uyaran uygulandığında oluşan kasılmayı EMG ölçümleri ile göstermiştir. Buna göre vajinismus grubu oluşturulan durumların hiçbirisinde kontrol grubuyla farklılık göstermemiştir. Bundan

hareketle yazarlar vajinismuslu kadınların pelvik taban kasları kontrolünün yeterli olduğunu, Kegel egzersizlerinin gereksiz olduğunu, relaksasyon egzersizlerine de tedavide ihtiyaç duyulmayacağını belirtmiştir (57, 59, 124).

2.4.5. Vajinismus Tanımı, Tipleri

2.4.5.1. Vajinismus tanımı

Vajinismus literatüre ilk kez girdiği 1861 yılında Dr.Sims tarafından “vajina ağzının, koitusa tam bir bariyer oluşturacak hassasiyet ile istemsiz spazmodik kapanışı” şeklinde tanımlanmıştır (19). Bu spazm ve koitus odaklı tanım 150 yıl boyunca değişmeden kalmış ve uluslararası tanı ve sınıflandırma sistemlerinde tanım itibariyle ‘ağrı’ yı içermediği halde cinsel ağrı bozuklukları başlığı altında yer almıştır. Bu durum literatürde tartışma konusu olmakta ve vajinismus ile ilgili sistematik çalışmaların yapılması önünde bir engel olarak görülmektedir. Yazarlar vajinismusun mevcut tanımları ve sınıflandırmadaki yeri gözden geçirilirken aşağıdaki başlıkların incelenmesi gerektiğini düşünmektedir (14):

- 1- Vajinal kas spazmının rolü
- 2- Genel olarak cinsel birleşme/ penetrasyonu engelleme düzeyi
- 3- Ağrının rolü
- 4- Cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılması

Öncelikle spazmın varlığı ve niteliği tartışılmaktadır. Spazmın varlığı vajinismus olgularında, diğer cinsel ağrı bozukluğu olguları ve normal kontrollerle karşılaştırılarak araştırılmıştır. Bu çalışmalarda dinlenme hali, tehdit edici cinsel ve cinsel olmayan uyaran durumlarında pelvik taban kaslarının kontraktilitesi ölçülmüştür. Çalışmaların bir kısmında vajinismus olguları ile diğer gruplar arasında belirgin farklılık bulunmazken, dinlenme halinde vajinismus olgularında daha yüksek kas aktivitesi bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu durum vajinal kas spazmının varlığı ve patogenezdaki yeri konusunda şüphe uyandırmaktadır. Yine başka bir çalışmada farklı disiplinlerden uzmanların yaptığı jinekolojik muayene sırasında gözlenen ve denekler tarafından bildirilen spazm farklı gruplarda araştırılmış ve vajinismus olgularının üçte birinden

azında spazmın varlığı bildirilmiştir. Bu durum yazarlar tarafından spazmın vajinismus tanısında gerekli ve yeterli bir durum olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (57, 59, 122, 125).

DSM IV'te vajinismus tanı ölçütleri arasında ağrıyla ilişkili herhangi bir başlığın olmaması da eleştiri konusu olmaktadır. Vajinismusun temel tanı ölçütü olarak belirtilen kas spazmının yol açtığı belirtilen ağrının niteliği, yoğunluğu süresi ile ilgili herhangi bir vurgunun olmaması, ağrının bu hastalığın tanısı ve tedavisindeki yeri ile vajinismus ve dispareni arasındaki sınırı belirsizleştirmektedir (14, 44)

2.4.5.2. Vajinismus tipleri

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

Friedman 1962 tarihli “Bakire Eşler” kitabında vajinismuslu kadınları üç gruba ayırmaktadır; kocalarıyla ilişkileri baba-kız ilişkisi gibi olan çocuksu kadınlar, cinsel ilişkiyi cinsiyetler arasında bir mücadele olarak hisseden ve yaşayan kadınlar ve son olarak cinselliği kirli ve aşağılayıcı olarak gören ve sadece üremek için cinselliği yaşayan kadınlar. Yazar bu kadınların hastalık karşısındaki tutumları ve tedavi süreçlerinin farklılık gösterdiğini belirtmektedir (126).

Dawkins vajinismus olgularının mevcut psikopatolojik durumlarını açısından farklılık gösterdiklerini belirtmektedir. Buna göre yelpazenin bir ucunda cinsel matürasyonunu annenin gerekli ilgisinden yoksunluğu nedeniyle henüz tamamlamamış ama özellikle kadın doktorun özeni ile cinselliği bedeniyle entegre edebilen ve sadece birkaç müdahaleyle utanç duygusundan kurtulan kadınlar varken; diğer uçta yaşadıkları derin ve temel kişilik patolojilerini vajinismusa kanalize eden ve semptomaya yönelik müdahaleleri kişilik yapısına dönük müdahaleler olarak algıladığından tedaviye sıklıkla direnç gösteren olgular bulunmaktadır (8).

Hilda Abraham psikoseksüel gelişim aşamalarından hareketle vajinismus olgularını iki gruba ayırır. Buna göre kız çocuğu, libidinal yönelimini ilk sevgi nesnesi olan anneden babaya sonrasında da başka bir erkeğe aktararak psikoseksüel gelişimini tamamlar. Abraham' ın tanımladığı ilk ve daha geniş olan grup bu süreçte babaya libidinal fiksasyon göstermekte ve başka bir erkeğe yönelmekte zorluk yaşamaktadır. İkinci grup ise libidinal yönelimini anneden babaya aktaramamış ve anneye fiksasyon göstererek babayla identifiye olmuştur (5).

Ellison, vajinismus olgularının kişilik patolojisi ve tedavi için gereken terapi süresi bakımından korelasyon gösterdiklerini belirterek, olguları dört grupta incelemektedir. Birinci grupta hafif immatür kişilik özellikleri gösteren ve 3 saatten az sürede tedavi olan olgular, ikinci grupta orta düzeyde nevrotik olan ve 3-6 saatlik sürede tedavi olanlar, üçüncü grupta ciddi nevrotik özellikler gösteren ve 6 saatten uzun sürede tedavi olanlar, dördüncü grupta ise ciddi kişilik bozuklukları gösteren ve 10 saatten uzun tedavi süresine rağmen tedavi olamayan veya tedaviden vazgeçen olgular yer almaktadır (121).

Lamont vajinismus patogenezinde rol oynayan kaslara ve bu kasların kontraktilesinin jinekolojik muayenedeki değişkenliğine göre hafif, orta, şiddetli ve muayeneyi reddeden dört grup tanımlamıştır (127).

İngiliz Cinsel Sağlık ve HIV Birliği Cinsel İşlev Bozuklukları Çalışma grubu vajinismus tiplerini vajinismusun ortaya çıkma koşullarına göre düzenlenmektedir. Buna göre vajinismus beş alt gruba ayrılır (128):

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

Wijma ve arkadaşları vajinismusu, penetrasyonun gerçekleşme durumuna göre ikiye ayırmaktadır (6):

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

2.4.6. Vajinismus Tedavisi ve Tedavi Sonuçları

Vajinismus, Dr.J Marion Sims tarafından ilk kez tanımlandığı 1861 yılından beri tanı ve tedavi tartışmalarının konusu olagelmıştır. 1800' lü yıllar boyunca Dr.Sims' in önerdiği himenektomi, sonrasında vajinal eksizyon ve dilatasyon yöntemi Avrupalı hekimler tarafından sorgulanmıştır. Almanya' dan Prof. Dr. Scanzoni' ye göre öncelikle cinsel ilişki engellenmeli ve vajina sık uygulanan sıcak banyolar, sıcak Goulard ekstresi losyonu uygulaması ve konstipasyon halinde laksatifler kullanılarak inflamasyondan arındırılmalı; sonrasında gümüş nitrat solüsyonu ve belladona içeren vajinal supozituarlar uygulanmalıdır (1, 4).

Bu tartışmalar 1900' lü yıllarda Freud' un cinselliği, insan psikolojisinin ve psikiyatrik bozuklukların gelişimiyle bağlantılandırmasından sonra farklı bir düzeye evrilmiştir. Walthard, Sims' in genital organlara has olarak nitelendirdiği aşırı duyarlılık kavramını sorgulayıp vajinal kas spazmının ağrıya karşı duyulan korkunun “ fobik bir reaksiyonu” olduğu fikrini ileri sürerek, ameliyat ve genişletmeden ziyade “psikoterapi” ve eğitimin önemini vurguladı. 1917 yılında Hollanda' lı jinekolog Treub, hastalığın psikojenik yapısından öylesine emindi ki, o dönemler hala revaçta olan cerrahi tedavileri reddetti. Vajinismus tedavisinde psikodinamik yaklaşımlar uzun süre etkinliğini korudu. 1970' li yıllarda Master ve Johnson' un davranışsal yönelimli cinsel terapi ile vajinismus tedavisinde oldukça başarılı sonuçlar almasıyla, bu alandaki gelişmeler hızlandı. 1979 yılında Meksika' da toplanan Dünya Seksoloji Kongresi' nde bir grup feminist seksolog koitus odaklı cinsel tedavi yaklaşımlarını protesto ettiler ve bir kadının kendi bedenini kontrol etmeyi öğrenmesinin öncelikli hedef olması gerektiğini ileri sürdüler. Bu yöndeki adımlar vajinismusta grup psikoterapi

yöntemlerinin önünü açtı ve bu konudaki ilk çalışma 1985 yılında Brezemer tarafından yayınlandı (93, 129).

Vajinismusta semptom, psikodinamik ve davranışçı teoriler açısından ilginç olmakla birlikte, tedavi basittir. (29). Leiblum ve arkadaşları vajinismus etiyojisinin çok etkenli ve karmaşık olduğunu ama “neyse ki”, birçok hastayı başarıyla tedavi etmek için semptomların gizemini çözmeye gerek olmadığını belirtmişlerdir. (130). Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın tedavi başarı oranlarının %80 olduğunu belirten yazarlar vardır. (6).

Vajinismusta güncel tedavi yaklaşımları çeşitlilik göstermektedir. Bunlar arasında, sistematik duyarsızlaştırma ile birleştirilmiş kademeli dilatasyon teknikleri, gevşeme egzersizleri, benzodiyazepinler gibi farmakolojik ajanların kullanımı, hipnoterapi ve botulinum toksin enjeksiyonu sayılabilir. (12) Ayrıca diğer daha az sunulan fakat, bildirildiğine göre, başarılı yaklaşımlar arasında; hipnoterapi, biofeedback (uyarısız koşullama yöntemi), lokal asetilkolin blokerleri enjeksiyonu, vajinal introitusun kontrollü genişletilmesi, topikal anestezi uygulanması ve damar içine diazepamla desteklenen duygusal boşalma görüşmeleri sayılmaktadır (131-135)

Vajinismus tedavi sonuçlarını gözden geçiren bir makalede vajinismus tedavi sonuçlarını bildiren çok sayıda olgu serisi ve kontrollü olmayan çalışma literatürü bulunmakla birlikte, randomize, kontrollü, karşılaştırma çalışmaların sadece iki tane olduğunu ve hiçbirisinde tedavi edilmeyen grup karşılaştırma grubu olarak alınmadığından bu koşullar altında vajinismusta iyi sonuçlar verdiği öne sürülen tedavi yöntemlerinin nasıl işlediği hakkında fikir sahibi olunmasının mümkün olmadığını belirtmektedirler. (12) .

2.5. Eşleri Vajinismus olan Erkekler

Vajinismus hastalığının etiyojisi literatürde halen kadının toplumsal yaşantı içerisindeki psikoseksüel gelişim süreci ile ilişkilendirilmektedir (123). Bu nedenle bazı

yazarlar tarafından vajinismusun evrensel bir cinsel işlev bozukluğu mu yoksa kültüre bağlı bir sendrom mu olduğu tartışılmaktadır (136). Vajinismusun gelişmesinde etkili olan faktörler tartışmasında eş ilişkisinin yeterince ele alınmadığı vurgulanırken (137), ülkemizde yapılan bir çalışmada vajinismusun yordanmasında kadınların eşlerini güvenilir bulmamalarının önemli belirleyicilerden biri olduğu belirtilmektedir (138). Bu çalışmada olduğu gibi vajinismuslu kadınların eşlerini olumsuz açıdan (saldırgan, kızgın) değerlendirdikleri çok az çalışma vardır (19). Birçok çalışmada vajinismuslu kadınların eşlerini anlayışlı, güvenilir buldukları, ilişkilerinde vajinismus dışında sorun tariflemedikleri bildirilmiştir (19). Bu veriler ışığında vajinismuslu kadınların psikoseksüel yaşantılarında birinci dereceden yakınlık içerisinde oldukları eşlerinin vajinismusun oluşumu ve devamında rollerinin olmadığı söylenemez. Bununla birlikte, bekleme listesindeki veya tedaviye hiç başvurmayan bazı vajinismus olgularının kendiliğinden düzeliyor olması, psikoseksüel yaşantıları eşleri ile olan yakın ilişkide somutlanan bu kadınların düzelmesinde yine eşlerin rolünü akla getirmektedir.

Friedman 1962 tarihli “Bakire Eşler” kitabında vajinismuslu kadınları üç gruba ayırmaktadır; kocalarıyla ilişkileri baba-kız ilişkisi gibi olan çocuksu kadınlar, cinsel ilişkiyi cinsiyetler arasında bir mücadele olarak hisseden ve yaşayan kadınlar ve son olarak cinselliği kirli ve aşağılayıcı olarak gören ve sadece üremek için cinselliği yaşayan kadınlar (126). Vajinismuslu kadınların cinsellik karşısında aldıkları bu aktif pozisyonların kocalarının cinsel davranışlarına yansımaları tartışmamızın temelini oluşturmaktadır. Yine aynı kitapta, empotan kocaların vajinismuslu kadınların tedavi sürecinde değişen tutumları ile potent hale geldiklerinin vurgulanması, kadınların cinsel tutumlarının, kocaların cinsel davranışları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Bu veri başka yazarlar tarafından da doğrulanmaktadır (8, 121). Friedman' ın tanımladığı ilk grup kocalarına babalık misyonu biçip onlara sanal bir ensest ilişki suçluluğu yaşatarak; ikinci grup erkek identifikasyonu içinde olmaları nedeniyle kocaları ile “erkeksi” bir mücadeleye girişerek; üçüncü grup ise kocalarının cinsel ilişkiyi hazla ilişkilendirmesine izin vermeyerek onları “empotan” hale getiriyor veyahut “kastre” ediyor olabilir. Buradaki empotans kavramı eşlerin yaşadığı cinsel işlev bozukluklarını kapsamakla birlikte, tedavi talebi, aranışı ve sürecinde sergiledikleri inisiyatifsizlik durumunu ve direnci de belirtmektedir (126, 139).

Fenichel, empotansı “... ego’nun tehlikeli görülen içgüdüsel bir eylemin gerçekleşmesini engelleyen savunucu bir etkisinden doğan fizyolojik bir bozukluk” olarak tanımlar ve devam eder: “Ego, cinsel zevkin çok büyük bir tehlikeye bağlı olduğuna inanırsa, bu zevkten vazgeçer. Bir kural olarak söz konusu olan temel tehlike kastrasyondur; buradaki bilinç dışı fikir, penisin vajina içindeyken yaralanabileceğidir.” (140). Penisin vajina içerisindeyken yaralanabileceği fikri, gerçekliği tartışma konusu olsa da, tıp tarihinin en ünlü eponimlerinden “Penis Captivus” u akla getirmektedir.

Tıbbi literatürde ilk penis captivus vakası 1729 yılında bildirilse de (141), Homeros’un Odissea’da Ares ve Afrodite’in yasak bir cinsel ilişki sonrasında birbirlerinden ayrılamadıklarını yazdığı belirtilmektedir (142). Sonrasında da çok çeşitli kaynaklarda özellikle dini mekanlarda cinsel ilişkiye girilmesi ile ortaya çıkan ve ancak din adamlarının müdahalesiyle düzelen benzer durumlar bildirilmiş ve bu durum işlenen günahın bir sonucu olarak değerlendirilmiştir (143). Scanzoni ve Hildebrandt 19. yüzyılın sonlarında bildirdikleri olgularda sorunu biyolojik açıdan ele almış ve sorunun patogenezi üzerinden bir tartışma yürütmüşlerdir (141). Tüm bu bildirimlere rağmen 20. yüzyıl başlarından itibaren birçok kaynakta bu durumun gerçek olmayabileceği, gerçek olsa bile modern zamanlarda görülmediği belirtilmiştir. William Osler’ in Egerton Yorrick Davis takma adıyla 1884 yılında yazdığı uydurma bir olgunun şüphelere neden olduğu düşünülse de, 1979 yılında yayınlanan bir gözden geçirme yazısına verilen yanıtlarda yakın zamanlarda şahit olunan olgular bildirilmiştir (144). Bununla birlikte eski kaynaklarda penis captivus olarak geçen ama literatürde artık “Penis Strangülasyonu” olarak adlandırılan, penisin daha çok nesnelerle cinsel eylem sırasında sıkışması ve kan dolaşımı bozukluğu nedeniyle ödemli bir hal alması durumu tıbbi güncelliğini korumaktadır (145).

Penis captivus’ un önemi, kastrasyon ile ilişkisidir. Özellikle eski tarihli metinlerde bu olguların genellikle kilise gibi dini mekanların içinde veya yakınında görülmesi ve bir rahibin müdahalesi sayesinde günahın ortadan kalkması ile düzelmesi, insanoğlunun ortak bilinçaltındaki bir fanteziye işaret etmektedir. Fenichel kitabında vajinismus ile ilgili kısmın hemen altında penis captivus’ a yer verir (140):

“Penis captivus vakaları birçok fıkralara konu olmuş, fakat bilimsel literatürde pek az incelenmiştir. Fıkralar belki de gerçek olgulardan çok, erkeksi kastrasyon korkularına ve aktif kadınsı kastrasyon eğilimine dayanmaktadır.”

Fenichel’ in konuya yaklaşımı, vajinismuslu kadınlarla yapılan iki çalışmada karşılık bulmaktadır. Ülkemizde 200 vajinismuslu kadın ve eşleriyle yapılan bir çalışmada, vajinismuslu kadınların %8,5’i penisin içeride kalacağı/kilitlenme olacağı korkusu yaşadıklarını bildirmiştir. Yine 467’si vajinismus olmak üzere 1000 tamamlanmamış evliliğe sahip kadınla yürütülen 1964 tarihli bir çalışmada, kadınların %1,2’si neden ilişkiye giremedikleri sorusunu eşlerinin penisine zarar verme korkusuyla yanıtlamıştır (120). Bu veriler vajinismusun, kadının vajinayı kullanarak penisi içine alma ve kopartarak sahip olma yoluyla erkeği kastre etmeyi amaçlayan bilinçdışı sadistik arzusunun muskuler ifadesi olarak tanımlanmasına da dayanak sağlamaktadır (146).

Vajinismuslu kadınların eşlerini kastre etme korku/arzuları olduğu kadar, eşleri vajinismus olan erkeklerin de yoğun ödipal çatışma yaşadıkları ve kastrasyon korkusu içinde oldukları bildirilmiştir (11, 96). Bu durum, Freud’ un “Birçok erkek tek bir kadın ya da tek bir kadın tipi karşısında empotan, diğerleri karşısında değildir. Bu tip erkekler, çoğu kez şehveti şefkatten izole eder ve sevdikleri kadın karşısında empotan olurlar.” yorumu ile birleştğinde tablo netleşmektedir. Bu tabloya İsrail’ de yapılan ve vekil/ikame eş tedavisinin vajinismusta çift terapisine uygun bir alternatif olduğunu belirten bir çalışmanın ve Brezilya’ da vajinismuslu kadınlar ve eşleriyle yürütülen bir çalışmada bildirilen tedavi sürecinde eşlerin %60’ ında ortaya çıkan cinsel bozuklukların farmakoterapi ile düzelmesi ile koitusun hızla gerçekleşmesi verileri de eklenmelidir (147, 148).

Sonuç olarak, farklı yollarla da olsa eşlerinde kastrasyon korkusunu ortaya çıkaran/yoğunlaştıran vajinismuslu kadınlar ve bu korkuyu yoğun biçimde duyumsarken sorun çözme, tedavi sürecine ayak uydurma konusunda zorluklar içinde olan ve direnç gösteren, tedavi sürecinde ve/veya öncesinde çeşitli cinsel işlev bozuklukları yaşayan ve tedavi sürecinin aksamasına, gecikmesine neden olan erkek eşler ile karşılaşmaktadır.

Literatürde eşleri vajinismus olan erkeklerle ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmaların neredeyse hiçbirisi doğrudan bu grubu hedefleyen, hastalık sürecinin oluşması ve sürmesindeki ve tedavi sürecindeki rollerini sorgulayan çalışmalar değildir. Mevcut çalışmalar da metodolojik sorunları nedeniyle eleştirilmektedir (13- 15). Vajinismus' un bir çift hastalığı olarak ele alınması gerekliliği düşüncesi çok eski yıllara dayansa da (7, 149), eşlerin henüz sistematik çalışmalara konu olmamış olması düşündürücüdür.

Literatürde amprik olarak eşleri vajinismus olan erkeklerin kişilik özelliklerini ele alan dört; bu özellikleri eşlerinde diğer bir ağrı bozukluğu olan erkek grubuyla karşılaştıran bir çalışma mevcuttur (15). Bu çalışmalar ve elde edilen bulgular aşağıda kronolojik sıra ile sunulmaktadır.

Duddle eşleri vajinismus olan erkeklere uygulanan Eysenck Kişilik Envanteri skorlarının normal sınırlar içerisinde olduğunu belirtmektedir. Görüşmeye alınan eşlerin %20' sinde cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiştir (9).

Kennedy ve arkadaşları tarafından 18 vajinismus çiftiyle yürütülen çalışmada eşlere Eysenck Kişilik Envanteri, Cattell 16 PF, Crown-Crisp Kişilik Endeksi ve Coopersmith Kendilik-Değeri Envanteri uygulanmış, eşlerin kişilik özellikleri ve psikolojik bozukluk puanları normal sınırlar içerisinde bulunmuştur. Bu çalışmada eşleri vajinismus olan erkekler girişken değil çekingen, gürültücü değil ağırbaşlı, cüretkar değil utangaç, şüphe değil güven uyandıran, rahat değil gergin kişiler olarak değerlendirilmiştir (17).

Kabakçı ve Tuğrul tarafından ülkemizde yürütülen bir çalışmada, eşleri vajinismus olan erkekler anlayışlı ve yardımcı olarak değerlendirilmiş, erkeklerin yaklaşık üçte birinin koitusun gerçekleşmemesi karşısında olumsuz bir tepki içinde bulunmadıkları belirtilmiştir. Olumsuz tepkide bulunmayan bu grupta göreceli olarak cinsel işlev bozuklukları oranları daha yüksek bildirilmiştir (138).

Van Lankveld ve arkadaşları vajinismus, dispareni ve karma cinsel ağrı bozukluğu yaşayan kadınları ve eşlerini karşılaştırmalı olarak inceledikleri bir çalışmada, hastalık, tedavi ve evlilik öyküsünü araştırmışlar ve deneklere SCL-90 uygulamışlardır. Bu çalışmaya dahil edilen 50 vajinismus hastasının 39'unun eşleri çalışmaya dahil olmuştur. Buna göre eşleri vajinismus olan erkeklerin cinsel açıdan yaşadıkları en büyük sorun cinsel ilişki sıklığı konusundaki tatminsizliktir (%31). Eşlerde cinsel işlev bozukluğu sıklığı normal popülasyona kıyasla düşük bulunmuştur. SCL-90 skorları 65-90 persentil arasında olup, Hollanda erkek popülasyonu skorlarına göre normal sınırlar içerisindedir. Eşleri vajinismus olan erkeklerin %7,7'si başka bir ruhsal bozukluk nedeniyle psikolojik tedavi gördüğünü belirtmiştir. Bu bulgularla yazarlar eşlerin yaşadığı cinsel ve psikolojik sorunların vajinismus ile ilişkilendirilmesi hipotezine karşı çıkmakta; vajinismusta kadın ve erkeğin yaşadıkları evlilik ilişkisi ve cinsel sorunları kadının yaşadığı cinsel soruna atfetme eğilimlerinin erkekte cinsel işlev bozukluğu oranlarını azaltıyor olabileceğini öne sürmektedirler (18) .

Oktaç ve Tombul, ülkemizde yürütülen bir diğer çalışmada eşleri vajinismus olan erkeklere uygulanan SCL-90-R testinde genel semptomatoloji ve alt semptom endekslerine bakıldığında psikopatoloji düzeyine ulaşmış bir semptomun olmadığını bildirmiş; Bir İnsan Çiz testinde erkeklerin %28,5' inin bir kadın resmi çizmiş olmasını, bu erkeklerin sağlıklı bir cinsel özdeşim kuramadıkları ve rol çatışması yaşadıkları şeklinde yorumlamıştır. Aynı çalışmada vajinismuslu kadınların %72,5' i eşlerini "anlayışlı", %17'si "çok anlayışlı", %21' i "anlayışsız ve baskıcı" olarak tarif etmektedir. Eşleri vajinismus olan erkeklerin %16,5' inde cinsel işlev bozuklukları tespit edilmiştir. (19)

Bu çalışmalar dışında eşleri vajinismus olan erkekler ile ilgili birçok teorik çıkarsama öne sürülmüş, araştırma verilerinden çok klinik izlenimler ve vajinismuslu kadınların eşleri ile ilgili düşünceleri bu çıkarsamalarda temel alınmıştır. Literatürde eşleri vajinismus olan erkekler ile ilgili yorumlar içeren çalışmalar aşağıda kronolojik sıra ile sunulmaktadır.

Mayer, eşleri vajinismus olan erkeklerin nazik ve çekingen olduğunu belirtmekte ve vajinismuslu kadınların, eşlerini fiziksel olarak tehdit edici ve cinsel birleşme

konusunda ısrarcı bulmadıklarını ve erkeklerin böylelikle kadınların cinsel kaçınmaları ile uyumlu davrandıklarını bildirmektedir (151).

Malleson, vajinismusta sorunun sıklıkla erkek veya kadında olup olmadığının değerlendirilemeyeceğini, çünkü başlangıçta sorun tek bir eşte başlasa da, çoğunlukla emosyonel olarak bulaşıcı olan bu hastalığın diğer eşin aşırı anksiyöz, kaçınan ve beceriksiz olmasıyla da anılabileceğini belirtmektedir (7).

Hilda Abraham, uzun süre geçmesine rağmen eşini cinsel ilişkiye girme veya tedavi olma konusunda zorlamayan erkeklerin latent homoseksüel olabileceğini ve tedavi sürecinde cinsel yetenekleri artan kadının bu yüzden hayalkırıklığına uğrayabileceğini, bu türden bir partner seçiminin bilinçaltı motivasyonlarının araştırılması gerektiğini belirtmektedir (5).

Friedman, eşleri vajinismus olan erkeklerin kibar ve anlayışlı olarak tanımlandığını ve cinsel birleşmenin olmamasına sıklıkla karşı çıkmadıklarını belirtmekte; tedavi sürecinde vajinismuslu kadınların cinsel tutumlarının değişmesiyle birlikte eşlerin yaşadıkları empotasin düzeldiğini bildirmektedir (126).

Dawkins ve Taylor 70 hastalık serilerinde vajinismus hastalarının eşleriyle ilgili izlenimlerini sorgulamış ve bazı olgularda eşlerle de görüşmeler yapmıştır. Vajinismus hastalarının %70'i eşlerinin kibar, nazik ve anlayışlı olduğunu bildirirken, %10' u saldırgan ve kırgın olduğunu belirtmiştir. Vajinismus tedavi sürecinde erkeklerin doğrudan tedavi almasalar da, eşlerindeki tutum değişiklikleri ile daha potent hale geldikleri bildirilmiştir. Bu çiftlerde vajinismusun erkeklerin cinsel alanda yaşadıkları güçsüzlükleri perdelediği yorumu yapılmıştır. Birçok kadının eşlerini kibar, nazik olarak tanımlaması, cinsel saldırganlığını ortaya çıkarmaktan korkan erkeğin çok fazla tutkulu görünmeyen ve erkeklik gücünü sınamayan bir kadını tercih etme eğilimiyle ilişkilendirilmiştir (8).

Ellison eşleri vajinismus olan erkeklerin statükoyu korumak konusunda eşleriyle tam bir uyum içinde olan, aşırı uysal kişiler olduğunu, özellikle tedavide zorlanılan olguların eşlerinde bu bacı-kardeş ilişkisini değiştirmek yönünde bir motivasyon bulunmadığını belirtmektedir. Vajinismus olgularının iyileşmesi sonrasında eşlerde

özellikle prematür ejakülasyon yaşanabileceğini belirten yazar bu konuda eşlerin de sıklıkla tedaviye ihtiyaç duyduğunu ifade etmektedir (121).

Grafeille' e göre vajinismuslu kadınların kocalarının kişilik özelliklerinde, cinsel açıdan inhibisyon (sertleşme güçlüğü ya da prematür ejakülasyon sorunu), yoğun kastrasyon korkusu, latent eşcinsellik, baskıcı yetiştirilmenin bir sonucu olarak mazohistik ahlak ve obsesif tutum söz konusudur. Bu erkekler monogamik, sadık ve koruyucu olarak tanımlanmaktadır (11).

Silverstein eşleri vajinismus olan erkeklerin bir çoğunun kendi agresyonlarından endişe duyan pasif agresif kişiler olduğunu ve baskın bir anne tarafında yetiştirildiklerini bildirmektedir. Yazar vajinismuslu kadınların, babayla ilgili içselleştirilmiş nesne ilişkileri uyarınca eşlerini seçtiklerini, içselleştirilmiş baba imajına karşı tepkilerinin agresyon olarak eşlerine yansıtıldığını, bu nedenle eşlerini tehdit edici veya intruzif olarak algıladıklarını; eşlerin de kendi psikolojik durumları nedeniyle bu yansıtımlı özdeşim mekanizmasına uyum göstererek kendi cinselliklerini saldırgan olarak görmeye başladıklarını belirtmektedir (10).

Kayır ve Doğan'ın çalışmasında vajinismus olgularının eşleri çeşitli düzeylerde ertelemeci ve kaçınan bulunmuş; eşlerinin tedavi isteklerini kırıncı biçimlerde davranışlar göstermekte oldukları ve bu durumun tedavinin başarısı açısından çözülmesi gereken önemli sorunlardan biri olduğu bildirilmiştir. Yazarlara göre vajinismuslu olan kadınların eşlerinin, tedavi öncesi, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında tutum ve tepkileri, çeşitli düzeylerde cinsellikle ilgili kaçınma ve korkularının olduğunu düşündürmektedir. (139)

Doğan'ın özel olarak eşleri vajinismus olan erkeklerdeki cinsel sorun sıklığını araştırdığı çalışmasında eşleri vajinismus olan erkeklerin %65,6' sında bir veya birden çok cinsel işlev bozukluğu bildirilmektedir. En sık görülenler erken boşalma (%50) ve sertleşme güçlüğü'dür (%28). Çalışma bulguları eşleri vajinismus olan erkeklerde cinsel doyum düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir. (20)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Yöntem

Çalışmaya, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na 2009 yılı Mart-Haziran ayları arasında başvuran vajinismus hastalarının eşleri dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri; evli ve eşine DSM-IV'e göre vajinismus tanısı konmuş olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve gönüllü onam formunu imzalamak, uygulanan testleri cevaplayabilecek durumda olmaktır. Yine çalışmaya evli ve eşinde DSM-IV'e göre vajinismus tanısı konmuş olmayan, çocuksuz olan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve gönüllü onam formunu imzalayan, uygulanan testleri cevaplayabilecek durumda kontrol denekleri dahil edilmiştir. Kontrol denekleri İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi personeli arasından seçilmiştir. Çalışmadan dışlanma ölçütü ise; ölçek doldurmayı engelleyecek fiziksel ya da mental hastalığa (ağır mental retardasyon, psikoz, mani gibi) sahip olmaktır.

Değerlendirmeler ortalama 1 saatlik 2 seansta gerçekleştirilmiştir. Çalışma için deneklerden aydınlatılmış onamları alınmış, çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na onaylanmıştır.

Bu ölçütlerle şu ana kadar çalışmamıza eşleri vajinismus olan 27 erkek denek ve 28 sağlıklı kontrol dahil edilmiş, ancak bazı deneklerin test sorularının bir kısmına yanıt vermedikleri gözlenmiştir. Bu kapsamda yer alan sorular ilgili değerlendirmeye alınmamıştır.

3.2. Gereçler

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ)

Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilen anksiyete düzeyini ölçmekte kullanılan bir testtir (151). Anksiyetenin şiddetini ve bu şiddetteki değişimleri izlemek için kullanılmaktadır. Hem somatik hem bilişsel anksiyete belirtilerini değerlendirir.

14 maddeden oluşan ölçekte, belirtilerin şiddetine göre her madde, uygulayıcı tarafından 0-4 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 0-56 arasında değişir. 14 puan klinik olarak belirgin anksiyete için kesme puanı olarak önerilmiştir (152).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (153). Ölçeğin örneği “Formlar” bölümünde yer almaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen ve depresyonda görülen emosyonel, somatik, kognitif ve motivasyonel belirtileri ölçmekte kullanılan, kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. (154)

Ölçekte 21 belirti kategorisi vardır. Her kategori için 0-3 arasında skorlanan 4 seçenek bulunur. Kişinin, uygulama günü de dahil olmak üzere son bir hafta içinde kendini en iyi ifade eden cümleleri işaretlemesi istenir. İşaretlenen puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Bu puan, depresyonun düzeyini ya da şiddetini gösterir. Ölçeğin değerlendirilmesi 0-63 arasında puanlandırılarak yapılır. 0-9 arasındaki değerler en düşük değerlerdir, 10-16 arasındaki değerler ılımlı, 17-29 arasındaki değerler orta, 30-63 arasındaki değerler ciddi depresyonu gösterir

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve arkadaşları tarafından 1988 senesinde yapılmıştır (155). Ölçeğin örneği “Formlar” bölümünde yer almaktadır.

Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (156). Spielberger’e göre durumluk anksiyete kişinin o sırada içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif kaygısıdır. Stres ortadan kalkınca durumluk anksiyetenin azaldığı görülür. Sürekli anksiyete ise, bireyin içinde bulunduğu durumları “stresli” olarak algılamaya ya da yorumlamaya olan yatkınlığını, yani anksiyete geliştirmeye eğilimini gösterir.

DSKE, toplam 40 sorudan oluşan, kişinin kendi kendini değerlendirdiği bir ölçektir. Durumluk anksiyete ölçeğinde, kişinin o anda kendisini nasıl hissettiğine

dayanarak cevaplama gereken sorulardan oluşur. Sürekli anksiyete ölçeğinde ise kişinin kendisini genel hissedişine dair sorular vardır.

Maddelerde ifade edilen duygu ya da davranışlar şiddet derecesine göre “1-hayır, 2-biraz, 3-çok, 4-her zaman” şeklinde seçenklendirilmiştir. Ölçeklerde iki tür ifade vardır; 1-doğrudan ifadeler, 2-tersine dönmüş ifadeler. Düz ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları temsil eder. Doğrudan ifadelerde 4 puan değerindeki cevaplar, tersine dönmüş ifadelerde ise 1 puan değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Bu nedenle doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine ifadelerinki çıkarılarak net puan elde edilir. Bu net puana pozitif değer elde etmek için bir sabit değer eklenmesi gerekir. Durumluk anksiyete ölçeğinde eklenen sabit değer 50, sürekli anksiyete ölçeğinde 35’tir. Elde edilen değer kişinin anksiyete puanıdır. 60 ya da üzerindeki değerlerde anksiyete düzeyinin normal sınırları aşmış olduğu düşünülebilir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öner tarafından 1977 senesinde yapılmıştır (157). Ölçeğin örneği “Formlar” bölümünde yer almaktadır.

Maudsley Evlilik Anketi (MEA)

Maudsley Evlilik Anketi, evlilik ilişkisi, cinsel ilişki ve genel olarak yaşamsal doyumsuzluğu ve uyum sorunlarını ölçen, 20 maddelik bir kendi bildirim anketidir. Maddeler 0- 8 puan arasında skorlanır. Evlilik ilişkisi doyumu 0- 80 puan, cinsel ilişki doyumu 0- 40 puan, yaşamsal doyum 0-40 puan arasında değerlendirilir. Yüksek skorlar, daha fazla doyumsuzluk belirtir. Test 1978 yılında Crowe ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, henüz Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır (158). Ölçeğin örneği “Formlar” bölümünde yer almaktadır.

MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri/ Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

İlk kez 1943 yılında Minnesota Üniversitesi tarafından oluşturulup kullanılmıştır. Psikolog Starke R. Hathaway ve Nöropsikiyatrist J. Charnley Mc Kinley tarafından geliştirilmiş, objektif bir kişilik envanteridir. 1981’de Işık Savaşır tarafından Türkçeye uyarlama ve standardizasyonu yapılmıştır (159, 160). Profiller Türk normlarına göre

yeniden düzenlenmiş, psikiyatrik hastalardaki geçerlilik araştırması da yapılarak normal erkek ve kadın profillerinin yanı sıra nevrotik ve psikotik hasta norm profilleri de gerçekleştirilmiştir. MMPI; doğru, yanlış ve bilmiyorum seçeneklerinin işaretlenebildiği 566 maddeden oluşan, bireyin kişisel ve toplumsal uyumunu objektif olarak değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. 10 adet kişilik ve 3 adet geçerlilik olmak üzere 13 alt testten oluşur. Bunların 10 tanesi klinik kullanım amaçları için psikopatolojik gruplara ayrılmıştır. Tüm alt testler aşağıdaki gibidir:

a. L (Yalancılık): Kendini olduğundan daha iyi göstermek için, kişinin başvurduğu amaçlı ve pek ustaca olmayan girişimleri ortaya çıkarmayı amaçlar. Rasyonel yaklaşımla oluşturulan L alt-testinin 15 maddesi çoğu insanın kolayca kabul edebileceği küçük kusur ve hatalarla ilgilidir.

b. F (Olağandışılık): Test maddelerini atipik ya da normalden farklı bir şekilde yanıtlayanları ortaya çıkartmak için geliştirilmiştir. F alt-testindeki 64 madde normal yetişkinlerin ancak %10'undan daha azı tarafından puan alacak şekilde işaretlenir. Böylece incelenen kişi F ölçeğindeki maddelerin büyük kısmından puan alırsa teste verdiği cevapların normal insanların çoğundan farklı olduğu söylenebilir. F alt testinin üç önemli görevi vardır; 1. test alma tutumunun göstergesidir ve cevaplayış tarzındaki sapmaları ortaya çıkarmak için yararlıdır. 2. eğer profil geçersiz değilse F alt testi psikopatolojinin derecesinin göstergesidir. 3. F alt-test tıpkı diğerleri gibi kişinin test dışı davranışlarını tahmin etmek için kullanılabilir.

c. K (Savunuculuk): Uygulama yapılan kişinin ruhsal bozukluğunu inkar ederek kendini olumlu bir şekilde tanıtmak ya da tam tersi ruhsal bozukluğu abartarak kendini hasta göstermek için başvurduğu çabaları daha gizli ve etkili bir şekilde belirlemek için hazırlanmıştır.

d. Hs (Hipokondri): 33 soruluk bir ölçek olup, hipokondri teşhisi konulmuş kişilerde gözlemlenen çeşitli fiziksel şikayetleri içerir. Bu ölçekte yükselme somatizasyon savunmalarının ve psikolojik huzursuzluğun somatik semptomlarla ilişkisinin varlığına işaret eder.

e. D (Depresyon): 60 sorudan oluşan, moral bozukluğu, umutsuzluk ve bezginlik duygularını değerlendirmeye yönelik bir ölçektir.

f. Hy (Histeri): Sorumluluktan kaçma ve sorunları nedeniyle fiziksel belirtilere başvurma eğilimindeki kişileri ayırt etmeye yönelik 60 sorudan oluşan alt ölçektir.

g. Pd (Psikopatik Sapma): 50 sorudan oluşan, agresiflik, düşük tolerans eşiği ve sosyal uyumda zayıflık gibi psikopatik kişilik eğilimlerini ölçmeye yöneliktir. Zamandan az etkilenir. Yerleşik özellikleri yansıtır.

h. Mf (Maskulinite-Feminite): 60 sorudan oluşur. Duygusal duyarlılık, cinsel özdeşim, özgecilik, feminen ve maskülen meslek uğraşı özdeşimini ve inkarını yansıtır.

i. Pa (Paranoya): 40 maddeden oluşan bu alt test sanrısız inançları, referans fikirleri, perseküsyon fikirleri, grandiyöz duyguları, şüphecilik, alınganlık ve katılık gibi göstergeler ile paranoyayı ölçmeyi amaçlar.

j. Pt (Psikastenî): 48 sorudan oluşan ve obsesif-kompulsif sendromu değerlendirmek için geliştirilen bu alt ölçek, anksiyete, benliğe güven duymama, anormal korkular, karar vermede ve dikkatini toplamada zorluk, aşırı ahlaki standartlar, ruminasyon ve kompulsif ritüelleri yansıtır.

k. Sc (Şizofreni): 78 sorudan oluşan ve heterojen bir psikotik hasta grubunun normallerden ayırt edilmesini amaçlayan bu alt ölçekteki soruların çoğu, garip düşünce içerikleri, ilgisizlik, apati, sosyal yabancılaşma, algı bozuklukları ve çeşitli sanrılarla ilgilidir. Temelde ölçülen egonun etkinliği ya da yetersizliğidir.

l. Ma (Hipomani): 46 sorudan oluşan hipomanik duygulanım hareket ve düşünce hızlanması ve büyüklük fikirleriyle ilgilidir.

m. Si (Sosyal İç Dönüklük): 70 soruluk, sosyal ilişkilerdeki içe dönüklüğü ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Sorular, kişiler arası etkileşimdeki bireyin duyduğu rahatsızlık, kendini yerme duyguları, başkalarına güvensizlik, duyarsızlık gibi alanları kapsamaktadır.

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Değerlendirmeler istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler ortalama +/- standart sapma veya % olarak hesaplandı. Temel istatistiksel değerlendirmelerde basit frekans analizleri ve kategorik değişkenler için ki-kare uygulandı. Veriler iki bağımsız örneklem grubu için Mann Whitney U testi ile analiz edilerek hasta grubu ile kontroller karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık için % 95'lik güvenlik aralığında, $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmayı eşleri vajinismus olan 27 erkek ve 28 kontrol deneği tamamladı. Eşleri vajinismus olan erkeklerin (EVE) ortalama yaşı 29,52 yıl (SD=4,98), kontrol deneklerinin ortalama yaşı 30,15 yıl (SD=5,81) idi. İki grup arasında yaş, eğitim düzeyi, maddi durum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 3 : Sosyodemografik veriler

Sosyodemografik veriler	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		P değeri
	Ortalama± (SD)		Ortalama± (SD)		
Yaş	29,52 yıl (4,98)		30,15 yıl (5,81)		,81
	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim					
Ortaokul ve altı	10	38,5	4	14,3	,86
Lise ve üzeri	16	61,5	24	85,7	
Meslek					
İşçi/ memur	19	76,0	15	65,2	,62
Serbest meslek/ Tüccar/ Sanayici	6	24,0	8	34,8	
Maddi durum					
Orta halli	19	76,0	19	67,9	,72
İyi	6	24,0	9	32,1	

Her iki grubun büyük çoğunluğunun (sırasıyla %59,3 ve %78,6) etnik kökeni Türk idi. Bununla birlikte gruplar Türk ve diğer etnik kökenli olarak ayrılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşılamadı ($p= 0,21$). Gruplar arasında 12 yaşına kadar büyüdüğü bölge, 12 yaşına kadar büyüdüğü yer ve ailenin maddi koşulları başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 4: Sosyodemografik veriler (2)

Sosyodemografik veriler	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Etnik Köken					
Göçmen	2	7,4	1	3,6	
Arap	1	3,7	0	0	
Gürcü	1	3,7	0	0	
Kürt	4	14,8	5	17,9	
Laz	1	3,7	0	0	
Türk	16	59,3	22	78,6	
12 yaşına kadar büyüdüğü bölge					
Marmara Bölgesi	14	51,9	12	42,9	,69
Diğer bölge	13	48,1	16	57,1	
12 yaşına kadar büyüdüğü yer					
Köy+ Kasaba	11	42,3	10	35,7	,83
Şehir+B,şehir	15	57,7	18	64,3	
Ailesinin maddi durumu					
Yoksul	1	4,0	2	7,1	,79
Orta halli	18	72,0	22	78,6	
İyi	4	16,0	3	10,7	
Çok İyi	2	8,0	1	3,6	

4.2. Aile Verileri

Deneklerin anne baba ilişkilerini nasıl değerlendirdikleri ve anne baba ilişkisinde sözel/ fiziksel şiddetin olup olmadığı sorularına verdikleri yanıtlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 5 : Anne Baba ilişkisi

Anne- Baba İlişkisi	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Anne- Baba İlişkisini Nasıl Değerlendiriyor					
Olumlu	18	69,2	18	72,0	1,00
Olumsuz	8	30,8	7	28,0	
Anne- Baba ilişkisinde Fiziksel/ sözel Şiddet					
Var	8	30,8	4	16,0	,36
Yok	18	69,2	21	84,0	

Eşleri vajinismus olan erkeklere, ailelerin hastalıktan haberdar olup olmadığı ve hastalık karşısındaki tutumları kendi aileleri ve eşlerinin ailesi için ayrı ayrı soruldu. Erkek ailesinin durumdan haberdar olma oranı %51,85 iken bu oran kadın ailesi için %66,66 olarak saptandı. Her iki ailenin de hastalık karşısındaki tutumu sırasıyla %81,81 ve %80,00 oranlarında destekleyici idi.

Tablo 6 : Ailenin tutumu

	Erkeğin Ailesi		Kadının Ailesi	
	Sayı	%	Sayı	%
Aile hastalıktan haberdar mı?				
Evet	14	51,85	18	66,66
Hayır	13	48,15	9	33,34
Ailenin tutumu Nasıl?				
Destekleyici	9	81,81	12	80,00
Reddedici	1	9,09	1	6,66
Diğer	1	9,09	2	13,33

4.3. Evlilik Verileri

Denekler evlilik öncesi ilişki süresi, evlenme biçimi, akrabalık ilişkisi, evlilik süresi açısından sorgulandığında her iki grupta da 1 yıldan uzun evlilik öncesi ilişki süresi, tanışarak evlenme ve eşler arasında akrabalık ilişkisi olmaması belirgin olarak yüksek bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 7 : Evlilik Verileri

Evlilik İlişkisi	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Evlilik öncesi ilişki süresi					
1 yıldan az	9	34,6	8	30,8	1,00
1 yıl ve üzeri	17	65,4	18	69,2	
Evlenme Biçimi					
Tanışarak	18	75,0	22	84,6	,62
Görücü Usulü	6	25,0	4	15,4	
Eş ile Akrabalık İlişkisi					
Var	6	23,1	2	7,7	,25
Yok	20	76,9	24	92,3	
Evlilik süresi					
1 yıldan az	11	42,3	13	50,0	,78
1 yıl ve üzeri	15	57,7	13	50,0	

4.4. Cinsel ilişki verileri

Deneklere eşlerine karşı hissettikleri temel cinsel duygunun şehvet mi, yoksa şefkat mi olduğu soruldu. Eşleri vajinismus olan erkeklerin %64'ü şefkat yanıtını verirken, normal kontrollerin %76,9' u şehvet yanıtını verdi. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,008$).

Deneklerden sevişme sonrasında yatakta kalma sürelerini bildirmeleri istendi. Eşleri vajinismus olan erkeklerin %28'i 1 dakikadan daha az süreyle yatakta kaldıklarını belirtirken, normal kontrollerin %73,1'i 5 dakika ve üzerinde yatakta kaldıklarını belirtti. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,005$).

Tablo 8 : Cinsel ilişki verileri

	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Eşe Karşı Hissedilen Temel Cinsel Duygu					
Şehvet	9	36,0	20	76,9	,008*
Şefkat	16	64,0	6	33,1	
Sevişme Sonrası Yatakta Kalma Süresi					
1 dakikadan az	7	28,0	0	0,0	,005*
1-5 dakika arası	9	36,0	7	26,9	
5 dakika ve üzeri	9	36,0	19	73,1	
* p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.					

Deneklerin psikiyatrik bozukluk ve cinsel işlev bozukluğu öyküleri sorgulandı. Eşleri vajinismus olan erkeklerin %22,2'sinde psikiyatrik bozukluk öyküsü saptanırken, bu oran kontrol grubunda %17,9 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Cinsel işlev bozukluğu olan vajinismus eşlerinin oranı %55,6 iken, kontrol grubunda bu oran %21,4 idi. Cinsel işlev bozukluğu öyküsü açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,02$).

Eşleri vajinismus olan erkekler grubunda bildirilen cinsel işlev bozuklukları erken boşalma (%29,6), ereksiyon güçlüğü (%11,1), cinsel isteksizlik (%7,4) iken, kontrol grubunda erken boşalma (%7,1), ereksiyon güçlüğü (%3,6), geç boşalma (%3,6) bildirildi.

Tablo 9: Psikopatoloji verileri

Psikopatolojik veriler	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Psikiyatrik bozukluk öyküsü					
Var	6	22,2	5	17,9	,97
Yok	21	77,8	23	82,1	
Cinsel işlev bozukluk öyküsü					
Var	15	55,6	6	21,4	,02*
Yok	12	44,4	22	78,6	
* p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.					

4.5. Ölçekler

Denekler Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirildi. Eşleri vajinismus olan erkeklerde ortalama HAM-A puanı 10,33 (SD= 8,56), kontrol grubunda 8,29 (SD= 6,79) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 10: HADÖ verileri

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		p
Grup	HADÖ	Ortalama	± (SD)	Ortalama	± (SD)	
	HADÖ Toplam	10,33	8,56	8,29	6,79	,35

Denekler Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi. Eşleri vajinismus olan erkeklerde ortalama BDE puanı 7,52 (SD= 5,46), kontrol grubunda 5,71 (SD= 5,33) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 11: BDÖ verileri

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		p
Grup	BDÖ	Ortalama	± (SD)	Ortalama	± (SD)	
	BDÖ Toplam	7,52	5,46	5,71	5,33	,15

Denekler Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri ile değerlendirildi. Eşleri vajinismus olan erkeklerde ortalama Durumluluk Kaygı puanı 47,48 (SD= 6,72), kontrol grubunda 45,46 (SD= 9,96) idi. Eşleri vajinismus olan erkeklerde ortalama Süreklilik Kaygı puanı 32,41 (SD= 6,77), kontrol grubunda 30,46 (SD= 9,96) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 12 : DSKE verileri

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		p
Grup	Durumluk-Süreklilik Kaygı	Ortalama	± (SD)	Ortalama	± (SD)	
	Durumluk Kaygı	47,48	6,72	45,46	9,96	,67
	Sürekli Kaygı	32,41	6,77	30,46	9,96	,69

Denekler Maudsley Evlilik Anketi evlilik ilişkisi ve cinsel ilişki alttestleri ile değerlendirildi. Eşleri vajinismus olan erkeklerde ortalama evlilik ilişkisi alttesti puanı 11,44 (SD= 10,48), kontrol grubunda 10,92 (SD= 10,93) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Eşleri vajinismus olan erkeklerde cinsel ilişki altttesti puanı 19,24 (SD= 12,99), kontrol grubunda 4,88 (SD= 7,23) idi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p= 0,00$)

Tablo 13: MEA verileri

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	EVE (N=25)		Kontrol (N=25)		p
Grup	Maudsley Evlilik Anketi	Ortalama	± (SD)	Ortalama	± (SD)	
	Evlilik İlişkisi altesti	11,44	10,48	10,92	10,93	,95
	Cinsel İlişki alttesti	19,24	12,99	4,88	7,23	,00*

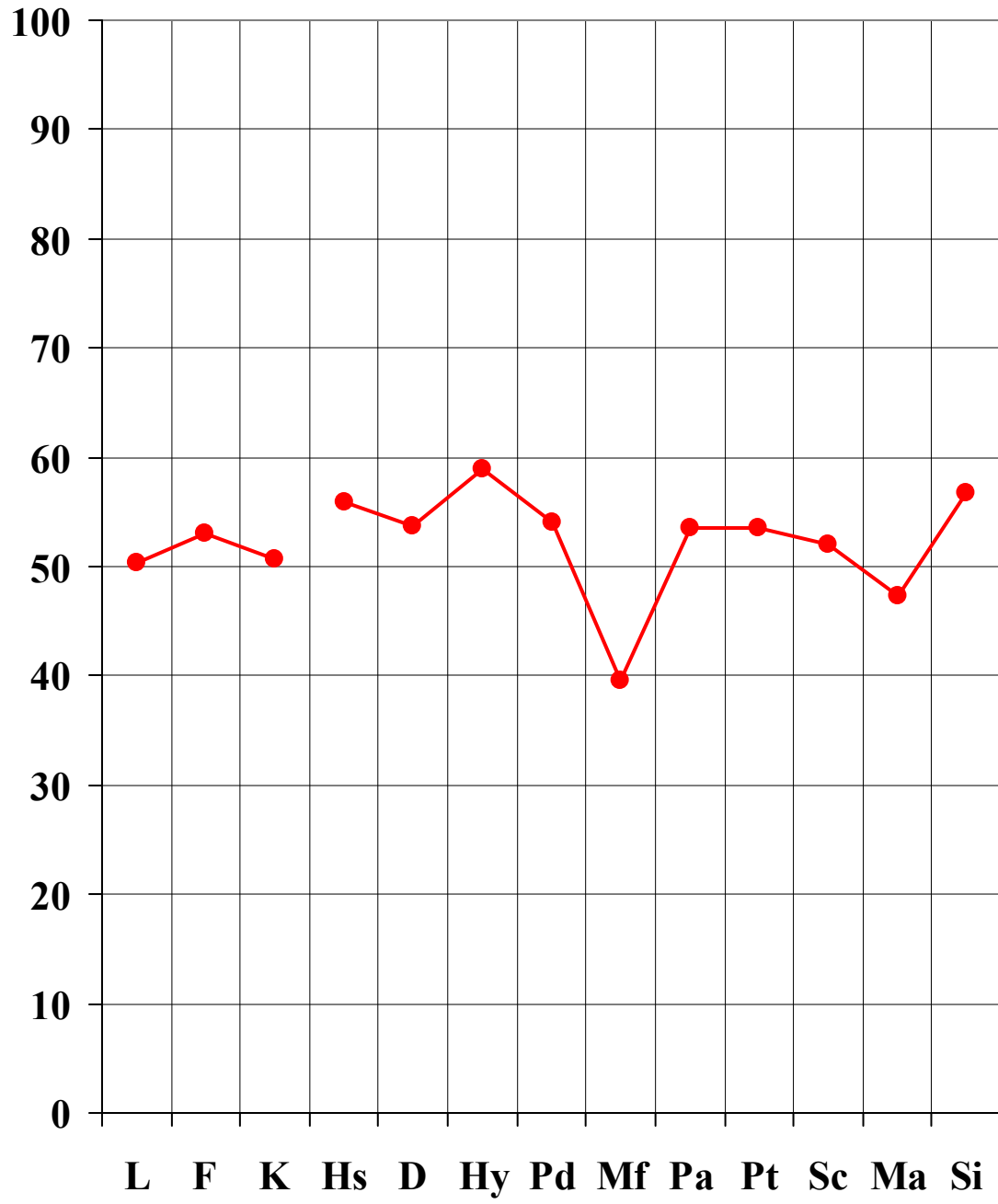
* p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Deneklere Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri uygulandı. Eşleri vajinismus olan erkeklerin, kontrol grubuna kıyasla Frekans ($p= 0,037$), Depresyon ($p= 0,031$), Histeri ($p= 0,08$), Psikopatik sapma ($p= 0,016$), Psikasteni ($p= 0,006$), Şizofreni ($p= 0,000$), Sosyal içedönüklük ($p= 0,008$) alttest puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

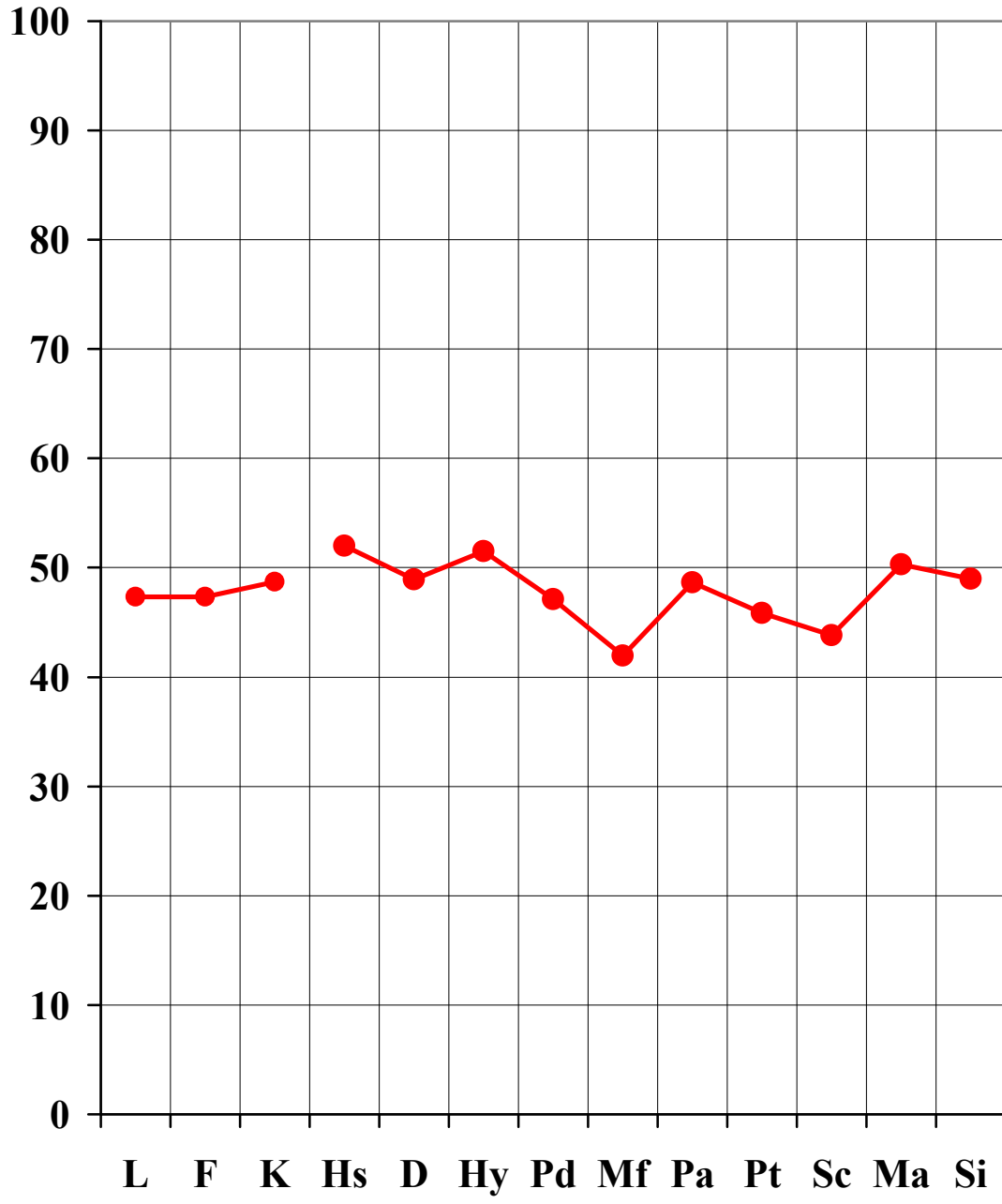
Tablo 14 : MMPI verileri

Bağımlı Değişken	EVE (N=27)		Kontrol (N=28)		P
	Ortalama	± (SD)	Ortalama	± (SD)	
MMPI					
Lie	50,31	10,98	47,36	8,01	,199
Frekans	53,04	12,00	47,32	5,50	,037*
Korrektion	50,62	8,99	48,71	13,81	,801
Hipokondriasis	55,96	8,87	52,00	8,40	,086
Depresyon	53,62	9,28	48,93	8,56	,031*
Histeri	58,85	9,62	51,50	8,85	,008*
Psikopatik sapma	54,08	10,02	47,14	8,24	,016*
Male-female	39,50	9,22	41,96	9,17	,449
Paranoya	53,58	9,88	48,64	7,48	,066
Psikasteni	53,50	9,76	45,86	9,57	,006*
Şizofreni	52,00	9,33	43,82	6,27	,000*
Mani	47,35	11,15	50,32	9,15	,233
Sosyal içedönüklük	56,81	9,95	48,96	11,14	,008*
* $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.					

Şekil 1: Hasta grubu ortalama MMPI profili



Şekil 2 : Kontrol grubu ortalama MMPI profili



5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Veriler

Bu çalışmada eşleri vajinismus olan erkekler, evli olmak ve çocuk sahibi olmamak ölçütleri açısından eşleştirilmiş eşlerinde vajinismus olmayan erkek kontrol grubuyla sosyodemografik özellikler, aile ve evlilik ilişkileri açısından karşılaştırılmıştır. Literatürde bu iki eşleştirilmiş grup arasında belirtilen özellikler açısından karşılaştırma yapan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle tartışma çalışma grupları arasındaki karşılaştırma üzerinden yürütülmekle birlikte, literatürde eşleri vajinismus olan erkekler ile ilgili veriler çalışmamızda yer alan ilgili grup verileri ile karşılaştırılarak sunulmaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre eşleri vajinismus olan erkeklerin yaş ortalaması 29.52 yıl (SD= 4,98) idi. Literatürde eşleri vajinismus olan erkeklerin yaş ortalamasının da ölçüldüğü bir çalışmada, Hollanda popülasyonunda bu rakam 32,5 yıl (SD= 8,1) ile bulgularımıza yakın bir sonuç olarak bildirilmiştir (18). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu rakam 26,6 (SD= 2,87) olarak bildirilmiştir (20).

Çalışmamızda eşleri vajinismus olan erkeklerin %61,5' i lise ve üzeri okullardan mezun olmuş, %76,0' ı işçi veya memur olarak çalışan, %76,0 'ı maddi durumunu orta halli olarak tanımlayan kişilerdi. Bu veriler ülkemizde aynı popülasyonla yürütülen çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumludur (20). Ancak her iki çalışmada da ülke ortalamasının üzerindeki bu eğitim durumunun, başvuru kurumlarla ilişkili olduğu düşünülebilir. Bu veriler, vajinismuslularla daha yüksek eğitilmiş kişilerin evlenmesinden değil, fakültemize eğitim düzeyi daha yüksek kişilerin başvurmamasından kaynaklanmıştır.

Çalışmaya katılan deneklerin etnik kökenleri arasında Türk kökenli olmak %59,3 ile birinci sırada olmasına rağmen, grup içinde Türk kökenli olmak veya olmamak istatistiksel olarak anlamlı bir ayırt edici faktör değildi. Yine deneklerin 12 yaşlarına kadar büyüdüğü bölge ve yer, ailelerinin maddi durumları açısından belirgin

farklılık gözlenmedi. Bu veriler literatürde kültüre bağlı bir sendrom olup olmadığı tartışma konusu olan vajinismusun, ortaya çıkması ve devamında rol oynadığı düşünülebilecek eşlerin çocukluk çağında içinde bulundukları kültürel yapıyı tanımlamak açısından anlamlı olmakla birlikte kültürel yapıyı etkileyebilecek farklar açısından grup içinde anlamlı farklılık çıkmaması önemlidir (136).

5.2. Aile Verileri

Deneklere anne babaları arasındaki ilişkiyi nasıl değerlendirdikleri sorulmuş, eşleri vajinismus olan erkeklerin büyük çoğunluğu (%69,2) “olumlu” yanıtını vermiştir. Yine eşleri vajinismus olan erkeklerin büyük çoğunluğu (%69,2) anne baba arasındaki ilişkide şiddetin olmadığını belirtmiştir. Anne baba ilişkilerini olumlu değerlendirme ve aile içi şiddet açısından iki grup arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Eşleri vajinismus olan erkeklerin genellikle şiddet uygulayan bir babaları olduğu, babalarının annelerine şiddet uygulamasının bu erkeklerde agresyondan kaçınmaya yol açtığı ve agresif olmamak için çaba sarf ettikleri iddiaları vardır. Ancak bizim araştırma kümemizde böyle bir durum saptanmamıştır.

Çalışmamızda, eşleri vajinismus olan erkeklerin ailelerinin ve eşlerinin ailelerinin çiftin yaşadığı sorundan haberdar olma oranları kadın ailesi lehine yüksek olmakla birlikte yakındı (erkek ailesi için %51,85, kadın ailesi için %66,66). Haberdar olan ailelerin sorun karşısındaki tutumları ise çok yüksek oranlarda (erkek ailesi için %81,81, kadın ailesi için %80,00) destekleyici idi. Literatürde bu durumla ilgili bir veri bulunmamakla birlikte; vajinismusun Katolik Kilisesi tarafından boşanma nedenleri arasında ilan edildiği, Yahudi ve Müslüman toplumlarda da boşanma nedenleri arasında sayıldığı bildirilse de (161), vajinismus sorunu yaşayan çiftlerde boşanma oranları ile ilgili veriye rastlanmamıştır.

5.3. Evlilik ve Cinsel İlişki Verileri

Denekler evlilik özellikleri açısından sorgulandığında eşleri vajinismus olan erkekler grubu ile normal kontrol grubu arasında evlilik öncesi ilişki süresi, evlenme biçimi, eş ile akrabalık ilişkisi, evlilik süresi parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Eşleri vajinismus olan grupta bildirilen evlilik süresi ortalaması Türkiye’de bildirilen literatürle uyumludur (20, 96). Görücü usulü ile evlenme eşleri vajinismus olan erkekler grubunda %25,0 olarak bildirilmiş olup, bir diğer çalışmada bu oran %40,6 olarak bildirilmiştir (20). Bu durum çalışmaların yürütüldüğü kliniklere başvuran popülasyonun farklılığı ile açıklanabilir. Evlilik süresi bir yılın üzerinde olan vajinismus çiftlerinin oranı çalışmamızda %57,7 olarak bulunmuştur. Vajinismus tedavisinde, evlilik süresinin tedavi sonucunu belirleyen faktörlerden biri olduğu göz önünde bulundurulduğunda (121, 162), toplumumuzda vajinismus konusundaki farkındalığı ve evliliğin ilk yılında tedaviye başvuru oranlarını artırma yönündeki girişimlerin hız kazanması gerektiği ortadadır.

Psikanalitik literatürde erkeklerin bir kısmının tek bir kadın tipi karşısında şehveti şefkatten izole ettikleri ve sadece sevdikleri kadınlara karşı empotan oldukları bildirilmektedir. Buradan hareketle deneklere eşlerine karşı hissettikleri temel cinsel duygunun “şehvet” mi yoksa “şefkat” mi olduğu sorulmuş, eşleri vajinismus olan grup %64 oranında “şefkat” yanıtını verirken, kontrol grubunda bu yanıtı verenlerin oranı %33,1 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,008$). Literatürde severek evlenen vajinismus çiftlerinde sorunun devam etme olasılığının yüksekliği, erkeğin kadının cinsel tutumu karşısında zorlayıcı olmamasıyla ilişkilendirilmekte; bu çiftlerin ağırlıklı olarak (%94) koital olmayan cinsel ilişki yöntemlerini kullandıkları belirtilmektedir (163).

Çalışmamız sevişme sonrası yatakta kalma süresi açısından eşleri vajinismus olan erkekler grubuyla sağlıklı kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğunu göstermektedir ($p=0,005$). Eşleri vajinismus olan erkekler grubunda sevişme sonrası yatakta kalma süresini 1 dakikadan az olarak bildirenlerin oranı %28,0 iken bu oran sağlıklı kontrol grubunda %0,0 dır. Literatürde bu konuyla ilgili veri

olmamasına rağmen, klinik gözlemlerimiz doğrultusunda çalışma sorularına dahil edilen bu parametre eş ilişkisini değerlendirme konusunda anlamlı olabilir.

Psikiyatrik bozukluk öyküsü sorgulandığında, çalışma popülasyonumuzda yer alan her iki grup arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Tersine bildirilen psikiyatrik bozukluk öyküsü oranları çok yakındır (%22,2 vs %17,9). Bu durum literatürle uyumludur (18). Bununla birlikte eşleri vajinismus olan erkekler grubuyla, normal kontrol grubu arasında cinsel bozukluk öyküsü bildirimi açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p= 0,02$). Eşleri vajinismus olan erkeklerin yaşadıkları cinsel sorunlar açısından literatür zengindir. Farklı çalışmalarda bildirilen rakamlar %15-20 arasında değişirken (9, 18, 96), Türkiye’ de yürütülen bir çalışmada bu oran %65,6 olarak bulunmuş (20) olup çalışmamızda elde edilen orana (%55,6) yakındır. Çalışmamızda eşleri vajinismus olan erkekler grubunda bildirilen cinsel işlev bozuklukları sırasıyla erken boşalma (%29,6), ereksiyon güçlüğü (%11,1), cinsel isteksizlik (%7,4) olup, bu sıklık sıralaması literatürle uyumludur (20). Çalışmada eşleri vajinismus olan grupta kontrol grubuna kıyasla cinsel işlev bozukluğu görülme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olması, bu grupta görülen cinsel işlev bozukluklarının normal popülasyona kıyasla daha az olduğunu bildiren literatür verileriyle çelişmektedir. (18).

5.4. Ölçekler

Çalışmamızda deneklerin genel anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Her üç ölçek skorları açısından da çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun ortalama HADÖ ve BDE skorları sırasıyla 10,33 (SD= 8,29) ve 7,52 (SD= 5,46) bulunmuş olup testlerin kesim noktaları açısından (HADÖ = 14 ve BDE= 14) değerlendirildiğinde bu değerler eşik altında kalmaktadır. Bu bulgular eşleri vajinismus olan erkeklerin anksiyete ve depresyon düzeylerini araştıran literatür verileriyle uyumludur (17, 18).

Maudsley Evlilik Anketi ile karşılaştırılan çalışma gruplarının, evlilik ilişkisi alttestindeki ortalama skorları (11,44 vs 10,92) çok yakın olup, istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,95$). Bununla birlikte cinsel ilişki alttestinde eşleri vajinismus olan erkekler grubunun ortalama puanı 19,24 ($SD=12,99$), kontrol grubunun ortalama puanı 4,88 ($SD=7,23$) olup, gruplar arasında istatistiksel olarak belirgin farklılık saptandı ($p=0,00$). Maudsley Evlilik Anketi'nde daha yüksek puanların ilişkinin daha olumsuz olarak değerlendirilmesi anlamına geldiği ve cinsel ilişki alttestinin 0-40 puanlar arasında skorlandığı göz önünde tutulursa, eşleri vajinismus olan erkeklerin eşleriyle cinsel ilişkilerinden belirgin olarak hoşnutsuz oldukları söylenebilir. Bu durum literatürde eşleri vajinismus olan erkeklerin en sık cinsel yakınmalarının cinsel ilişki sıklığından hoşnutsuzluk olduğu (18) verisiyle uyumlu olmakla birlikte, genel olarak eşlerin cinsel ilişki düzeylerinden memnun olduğunu bildiren verilerle çelişmektedir (7, 20, 96, 121).

Bildiğimiz kadarıyla literatürde ilk kez eşleri vajinismus olan gruba Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri uygulanmaktadır. Van Lakveld ve arkadaşları tarafından diğer bir kadın cinsel ağrı bozukluğu olan vestibülit hastaları ve eşlerine MMPI kısa Hollanda formu uygulanmış olsa da, veriler tanısal farklılık nedeniyle karşılaştırmaya uygun değildir (164). Bugüne kadar araştırmacılar farklı ölçüm yöntemleriyle eşleri vajinismus olan erkeklerin kişilik özelliklerini araştırmış, çalışmaların hepsi bu grubun normal popülasyona kıyasla anlamlı bir farklılık göstermediğini belirtmiştir (17, 18, 96). Bununla birlikte çalışmamızda eşleri vajinismus olan erkek grubuyla kontrol grubu MMPI skorları açısından karşılaştırıldığında bazı alttestlerde istatistiksel düzeyde belirgin anlamlı farklılık saptanmıştır. Her iki grubun ortalama MMPI alttest puanlarının hiçbirisi, patolojik eşik olarak kabul edilen 70 puan üzerinde olmasa da, Frekans ($p=0,037$), Depresyon ($p=0,031$), Histeri ($p=0,08$), Psikopatik sapma ($p=0,016$), Psikastenî ($p=0,006$), Şizofrenî ($p=0,000$), Sosyal içedönüklük ($p=0,008$) alttestleri açısından belirgin farklılık gözlenmesi, eşleri vajinismus olan erkeklerde patolojik olmasa da belirli bir kişilik özelliği eğilimini yansıtmaları açısından anlamlıdır.

Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun ortalama Depresyon alt ölçeği T puanı 53,62'dir. Bu aralık normal sınırlar içinde olmasına karşın, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bir üst aralık olan 60-69 aralığı "Bu bireylerde orta düzeyde

depresyon, endişe ve karamsarlık göstergesi vardır. Bu duygudurum hali, durumsal bir krize bağlı olabileceği gibi kalıcı ve geri dönüşü olmayan bir durum da olabilir.” Biçiminde yorumlanmaktadır. Eşleri vajinismus olan erkekler grubunda, kontrol grubuna göre bu anlamlı yükselme, mevcut cinsel sorunlarına, bu konudaki karamsarlıklarına bağlı olabileceği gibi genel bir karamsarlık hali de olabilir.

Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun Histeri alt ölçeği T puanı 58,85’ tir. Bu puan normal aralıkta olsa da kontrol grubuna göre anlamlı olarak bir üst aralığa yakın durmaktadır. MMPI histeri alt ölçeği, daha çok, “Bastırma ve inkarı çok kullanan, çok fazla itaat eden, saf ve çocuksu bir biçimde benmerkezci, anksiyete ile bağlantılı somatik yakınmaları olan” kişilerin yüksek puan aldığı bir alt ölçektir. Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun patolojik düzeyde olmasa da normal kontrol grubuna göre MMPI histeri alt ölçeğine uyan histerik özellikler gösterdiği söylenebilir.

Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun Psikopatik Sapma alt ölçeğinde aldığı puan 54,08 olup, kontrol grubuna göre 7 puan yüksektir. Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun puanının normal aralıkta olsa bile kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek olması, bu grupta bir üst puan aralığındaki “Risk alabilen, enerjik, sosyal, maceraperest ve atılgan bireylerle bağlantılıdır. Ancak bu bireyler, engellendiklerinde bu özellikler huzursuzluk, saldırganlık ve sosyal olarak uyumlu olmayan davranış biçimlerine dönüşebilir.” olarak tanımlanan kişilik özelliklerinin daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun Psikastenî alt ölçeğinde aldığı ortalama puan 53,50 olup, kontrol grubundan 7,5 puan daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu puan normal aralıkta da olsa, “ Dürüst, titiz, kendini eleştiren ve küçük sorunları bile kendilerine dert eden..” kişilik özelliklerinin bu grupta daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun Şizofrenî alt ölçeğinde aldığı ortalama puan 52.00 olup, kontrol grubundan 8,5 puan daha yüksektir. Bu fark bu alt ölçeğin aynı zamanda ego gücüyle bağlantısı nedeniyle çıkmış olabilir. Çünkü mevcut puan psikotik bir yükselişe çok uzaktır.

Eşleri vajinismus olan erkekler grubunun Sosyal içedönüklük alt ölçeğinde aldığı ortalama puan 56,81 olup, kontrol grubundan yaklaşık 8 puan daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu puan aralığı normal sınırlarda olsa da, aradaki istatistiki fark, bu grupta “ kendini ortaya koymak istemeyen, çekingen, utangaç ve yakın aile çevresinde rahat eden..” kişilik özelliklerinin daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, eşleri vajinismus olan erkekler grubunda Mf puanı ortalamasının 39,50 (SD= 9,22) olması önemlidir. Bu durum literatürde “...maskülen görünebilmek amacıyla abartılmış boyuttaki kompulsif uğraş içindedirler. Bu kişiler, narsistik bir biçimde kendi güçlerini abartırlar. Bireyin kendi erkekliğini yoğun bir biçimde ortaya koyması, altta yatan kendine güvensizlik ile ilgilidir” şeklinde yorumlanmaktadır (165). Literatürde eşleri vajinismus olan erkek grubuna Bir İnsan Çiz testi uygulandığı, erkeklerin %28,5’ inin kadın resmi çizdiği belirtilmiştir. Bu durum yazarlar tarafından bu grup erkeklerin sağlıklı bir cinsel özdeşim kuramadıkları, erkeklik rol ve gereklerini benimsemedikleri ve rol çatışması yaşadıkları şeklinde yorumlanmıştır (96).

5.5. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, eşleri vajinismus olan erkeklerin, sosyodemografik özellikler açısından benzerlik gösteren kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında, cinsel ilişki değerlendirmeleri, cinsel davranış ve cinsel işlev bozuklukları açısından farklılıklar gösterdikleri bulunmuş; bazı parametrelerin (eşe karşı temel cinsel duygu, sevişme sonrası yatakta kalma süresi) ileriki çalışmalarda bu grubu ayırt etmek için kullanılabileceği gösterilmiş ve MMPI verilerine göre patolojik boyutta kişilik özellikleri olmasa da bazı özellikler açısından eşleri vajinismus olan erkeklerin normal populasyondan farklılıklar gösterdikleri saptanmıştır.

1. Türkiye’de vajinismuslularla ilgili literatürde belirtilen, görücü usulüyle evlenmenin daha fazla olduğu iddiası bu örnek kümesinde doğrulanmamıştır. Çalışmamızda vajinismuslu çiftlerle, normal kontrollerin evlenme biçimleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır
2. Vajinismuslu kadınların evlilik öncesi eşleriyle tanışma sürelerinin kısa olduğu, birbirlerini çok tanımadan evlendikleri düşüncesi bu örnek kümesinde doğrulanmamıştır. Vajinismus sorunu olan çiftlerle, olmayan kontrollerin evlilik öncesi ilişki süreleri arasında istatistiksel bir fark yoktu.
3. Eşleri vajinismus olan erkeklerin babalarının şiddet uygulayan kimseler oldukları iddiası bu örnek kümesinde doğrulanmamıştır. Eşleri vajinismus olan erkekler ile, kontrol grubu arasında aile için şiddet açısından istatistiki bir fark bulunmamıştır
4. Eşleri vajinismus olan erkeklerin yetiştikleri aile ortamının daha olumsuz olabileceği düşüncesi bu örnek kümesinde doğru çıkmamıştır. Eşleri vajinismus olan erkekler ile kontrol grubu üyelerinin yetiştikleri aile ortamını olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri arasında fark bulunmamıştır.
5. Literatürde yer alan eşleri vajinismus olan erkeklerin, eşlerine karşı şehvetten çok şefkat duydukları iddiası bu örnek kümesinde gösterilmiştir. Çalışmamızda eşleri vajinismus olan erkekler, kontrol grubuna göre ileri derecede anlamlı olarak eşlerine karşı şehvetten çok şefkat duyduklarını belirtmişlerdir.

6. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilen, eşleri vajinismus olan erkeklerin, normal popülasyona kıyasla sevişme sonrası yatakta kalma sürelerinin daha kısa olduğu bulgusu literatürde ilk kez tartışılmıştır.
7. Eşleri vajinismus olan erkeklerde daha fazla cinsel işlev bozukluğu bulunduğu iddiası bu örnek kümesinde de gösterilmiştir. Eşleri vajinismus olan erkeklerde istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha fazla cinsel işlev bozukluğu vardı.
8. Eşleri vajinismus olan erkeklerin psikiyatrik özgeçmiş ve güncel genel psikopatoloji belirtileri açısından normal popülasyondan farklılık göstermediği iddiası çalışmamızda doğrulanmıştır. Çalışmamızda yer alan iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gibi, uygulanan ölçeklerin ortalama skorları patolojik eşiğin altında bulunmuştur.
9. Çalışmamızda evlilik ilişkisi değerlendirmesi açısından, literatürde belirtildiği gibi, gruplar arasında farklılık olmasa da; eşleri vajinismus olan erkekler grubu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla eşleriyle olan cinsel ilişkilerini daha olumsuz değerlendirmektedir.
10. Belirgin bir patoloji göstermeseler de vajinismuslu kadınların eşlerinin bazı kişilik özellikleri olduğu iddiası bu örnek kümesinde kısmen doğru çıkmıştır. Buna göre eşleri vajinismus olan erkekler daha karamsar, histerik özellikler gösterebilen, engellenmeye karşı düşük tolerans gösteren, küçük sorunları dert edinebilen, ego zayıflığı gösteren, kendini ortaya koymak istemeyen, çekingen, maskülen görünme çabası içinde olan kişiler olarak tanımlanabilir.

Çalışmanın sınırlılıkları:

- 1- Her iki çalışma grubunun sayısı, parametrik değerlendirmelere izin vermeyecek ölçüde azdı.
- 2- Kullanılan yöntemler vajinismusta eş ilişkisi paternlerinin bozukluğu nasıl etkilediğini değerlendirmek için yeterli değildi. Bu alanda yapılacak çalışmaların eşleri vajinismus olan erkeklerin hastalık sürecindeki rollerini belirginleştirmek açısından yararlı olacağı literatürde belirtilmektedir.
- 3- Deneklerin kişilik özelliklerini klinik anlamda ölçecek ek değerlendirme araçları kullanılmadı.

- 4- Eşleri vajinismus olan erkeklerin kendilerini nasıl değerlendirdiklerine dair doğrudan yöntemler çalışmaya dahil edilmedi.
- 5- Eşleri vajinismus olan erkeklerin aile ilişkileri ile ilgili bildirimleri, niceliksel ölçüm yapan bir yöntemle saptanmayıp, kişisel bildirimler esas alındı.

Bu sınırlılıkların en aza indirildiği, daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır. Eşleri vajinismus olan erkeklerin hastalığın oluşumu, gelişimi ve devamındaki olası rollerini açığa çıkarıp, bu bilgilerle tedavi sürecini kolaylaştıran ve vajinismusun sadece kadınların yaşadığı ve yarattığı bir bozukluk olmadığını göstermeyi amaçlayan çalışmalar için önerilerimiz:

- 1- Eşleri vajinismus olan erkeklerin cinsel davranış örüntüleri, cinsel mitlere inanma düzeyleri, cinsellik bilgileri, önceki cinsellik deneyimleri araştırılmalı ve bu veriler normal kontrol grubuyla karşılaştırılmalıdır
- 2- Vajinismus çiftlerindeki evlilik ilişkisi ve cinsel ilişki değerlendirmeleri araştırılmalı, erkek ve kadınlar arasında düzeyler karşılaştırılmalı ve olası farklılıkların tedavi sürecine yansımaları incelenmelidir.
- 3- Eşlerin tedaviye dahil olduğu ve olmadığı durumlardaki tedavi sonuç parametreleri araştırılarak, erkeklerin tedavi sürecine etkileri ölçülmelidir.
- 4- Eşleri vajinismus olan erkeklerin cinsel davranış örüntüleri ile evlilik ilişkisi içindeki sosyal davranış örüntüleri arasındaki ilişki araştırılmalıdır

KAYNAKLAR

- 1- Sims, J.M., On vaginismus, Trans Obstet Soc London, 3 (1862) 356-367.
- 2- Öniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women.J Sex Med. 4(6):1575- 1581. Epub 2007 Oct 1.
- 3- Yılmaz E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book, İstanbul, 2007
- 4- Scanzoni, v., Über Vaginismus, Wien Med Wochenschr, 17 (1867) 274-275
- 5- Abraham HC (1956) Therapeutic and psychological approach to cases of unconsummated marriage. Br Med J 1:837-839
- 6- Wijma, B. and Wijma, K., A cognitive behavioural treatment model of vaginismus, Scand J Behav Ther, 26 (1997) 145-156
- 7- Malleon J . Vaginismus: Its management and psychogenesis. Br Med J 2:213-216.
- 8- Dawkins S, Taylor R. Non-consummation of marriage: A survey of seventy cases. Lancet 2:1029-1033
- 9- Duddle M. Etiological factors in the unconsummated marriage. J Psychosom Res 21:157-160
- 10- Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. Psychother Psychosom 52:197-204.
- 11- Grafeille N. Profil comportemental des partenaires des femmes vaginiques. Psychol Med 18:411-414.
- 12- McGuire, H. and Hawton, K., Interventions for vaginismus (Cochrane Review), Cochrane Database Syst Rev, 2 (2001).
- 13- Sampson C.A Qualitative Investigation Of Male Partners' Experience Of Relationships With Women Suffering From Vaginismus. Master of Arts in Psychology by Coursework and Research Report Department of Psychology . University of the Witwatersrand, Johannesburg, 2007

- 14- Reissing, E.D., Binik, Y.M. and Khalife, S., Does vaginismus exist? A critical review of the literature, *J Nerv Ment Dis*, 187 (1999) 261-74.
- 15- Davis HJ, Reissing ED. Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, Vol 22, No. 2, May 2007
- 16- Chisholm ID (1972) Sexual problems in marriage: Non-consummation. *Postgrad Med J* 48: 544-547
- 17- Kennedy, P., Doherty, N. and Barnes, J., Primary vaginismus: A psychometric study of both partners, *Sexual & Marital Therapy*, 10 (1995) 9-22
- 18- Van Lankveld, J.J., Brewaeys, A.M., ter Kuile, M.M. and Weijnenborg, P.T., Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 16 (1995) 201-9.
- 19- Oktay M, Tombul K. İkiyüz vajinismus vakası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi. *Yeni Symposium* 2003;41:115-9.
- 20- Dogan S, Dogan M. The frequency of sexual dysfunctions in male partners of women with vaginismus in a Turkish sample. *International Journal of Impotence Research* (2008) 20, 218–221
- 21- Kayır A. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Adam E. Tükel RM. Yazıcı O. (ed) *Psikiyatri. İst. Tıp Fak. İstanbul*, 1995, 228-239.
- 22- Johnston VS. Mate choice decisions: the role of facial beauty. *Trends Cogn Sci*, 10: 9-13
- 23- Eşel E. Güzelliğin algılanması ve cinsel çekicilik. *Psychiatry in Türkiye / Volume 9 - Number 2 - 2007*
- 24- Ishai A. Sex, beauty and the orbitofrontal cortex. *Int J Psychophysiol*, 63:181-185
- 25- O'Doherty J, Winston J, Critchley H, Perrett D, Burt DM, Dolan RJ. Beauty in a smile: the role of medial orbitofrontal cortex in facial attractiveness. *Neuropsychologia*, 41: 147-155
- 26- Winston JS, O'doherty J, Kilner JM, Perrett DI, Dolan RJ (2007) Brain systems for assessing facial attractiveness. *Neuropsychologia*, 45: 195-206.
- 27- İncesu C. Cinsel İşlevin Fizyolojisi. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, 1998, Sayı1, 3-12

- 28- Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Behavior. İnsanda Cinsel Davranış, Sayın Ü (Çev.ed), İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994.
- 29- Kaplan HS. The Anatomy And Physiology Of The Sexual Response, Kaplan HS (ed), The New Sex Therapy. New York, Brunner/Mazel, 1974, 27-56.
- 30- Rosen RC, Barsky JL Normal Sexual Response in Women. Obstet Gynecol Clin N Am 33 (2006) 515–526
- 31- Whipple B, Brash-McGreer K. Management of female sexual dysfunction. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. Sexual function in people with disability and chronic illness. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1997
- 32- Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol 2000;163:888–93
- 33- Chivers ML, Bailey JM. A sex difference in features that elicit genital response. Biol Psychol 2005;70:115–20.
- 34- Chivers ML, Reiger G, Latty E, et al. A sex difference in the specificity of sexual arousal. Psychol Sci 2004;15:736–44.
- 35- Schmidt G, Arentewicz G (1982) Symptoms.. In: G Arentewicz, G Schmidt (Eds), The treatment of sexual disorders: Concepts and techniques of couple therapy (pp 123-146). New York : Basics Boks Inc
- 36- Spector, I.P. and Carey, M.P., Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature, Arch Sex Behav, 19 (1990) 389-408.
- 37- Simon JS, Carey MP. Prevalance of sexual dysfunctions: Results from a decade of Research. Archieves of Sexual Behaviour, Vol. 30, No. 2, 2001
- 38- Yetkin N, İncesu C: Cinsel işlev bozukluklarında kullanılan terimlerin gözden geçirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi 4: 214-218,1997.
- 39- ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Dünya Sağlık Örgütü 1992. Çev. Ed. Öztürk Ö, Ufuk B. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Derneği Yayını, 1993.
- 40- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, 2. baskı. (Çev. E Köroğlu) Hekimler YayınBirliği, Ankara, 2005.

- 41- Schover L.R, Friedman J, Weiler S, Heiman J, Lo-Piccolo J : A Multiactial descriptive system for the sexual dysfunctions. Categories and Manual, New York, 1980.
- 42- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J. and Schultz, W.W., Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 24 (2003) 221-9
- 43- International Association For The Study Of Pain . IASP Pain Terminology [Online]. Seattle, Usa: Iasp [Accessed 14 March 2007]. [Www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)
- 44- Doğan S, Özkorumak E Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler *Klinik Psikiyatri* 2008;11:135-142
- 45- Hatzimouratidis K, Hatzichristou D (2007) Sexual dysfunctions: classifications and definitions. *J Sex Med*, 4(1):241-250.
- 46- Pukall, C.F., Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalife, S. and Abbott, F.V., New clinical and research perspectives on the sexual pain disorders, *J Sex Educ Ther*, 25 (2000) 36-44.
- 47- Binik YM, Reissing E, Pukall C, Flory N, Payne KA, Khalife S.(2002) The female sexual pain disorders:genital pain or sexualdysfunction? 31:5 (p:425-9)
- 48- Graziottin A: Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. In *Standard Practice in Sexual Medicine*. Edited by Porst H, Buvat J. Oxford: Blackwell; 2006:342–350
- 49- Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D: Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis* 1997, 185:561–569.
- 50- Binik Y: Should dyspareunia be classified as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Arch Sex Behav* 2005, 34:11–21.
- 51- Rosser, B.R.S., Short, B.J., Thurmes, P.J. & Coleman, E. (1998). Anodyspareunia, The Unacknowledged Sexual Dysfunction: A Validation Study Of Painful Receptive Anal Intercourse And Its Psychosexual Concomitants In Homosexual Men. *Journal Of Sex And Marital Therapy*, 24, 281 – 292.
- 52- Gordon AS. Clitoral Pain: The Great Unexplored Pain In Women. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 28(s):123–128, 2002

- 53-Engman M, Wijma K, Wijma B: Itch and burning pain in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis. *J Sex Marital Ther* 2007, 33:171–186.
- 54-Pukall C, Lahaie M, Binik Y: Sexual pain disorders: etiologic factors. In *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis, and Treatment*. Edited by Goldstein I, Meston CM, Davis S, Traish A. London: Taylor and Francis; 2005:236–244
- 55-Ter Kuile MM, Van Lankveld JJ, Vlieland CV, et al.: Vulvar vestibulitis syndrome: an important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005, 26:245–249.
- 56- Wijma B, Engman M, Wijma K: A model for critical review of the literature— with vaginismus as an example. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007, 28:21–36
- 57- Van der Velde J, Laan E, Everaerd W: Vaginismus, a component of a general defensive reaction: an investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion inducing film excerpts in women with and without vaginismus. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001, 12:328–331.
- 58-Pukall, Caroline F., Binik, Yitzchak M. and Khalifé, Samir. 'A New Instrument for Pain Assessment in Vulvar Vestibulitis Syndrome', *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30:2, 69 — 78
- 59- Van der Velde, J. and Everaerd, W., Voluntary control over pelvic floor muscles in women with and without vaginistic reactions, *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 10 (1999) 230-6.
- 60-Akbas Nb, Akbas F, Yaluğ İ. Vajinismustan Disparoniye Cinsel Ağrı Bozukluklarının Etiyolojisi, Ayrıcı Tanısı Ve Tedavi Seçenekleri Üzerine Bir Gözden Geçirme Türkiye Klinikleri *J Gynecol Obst* 2007, 17:447-453
- 61-Latthe P, Mignini L, Gray R, et al.: Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006, 332:749–755.
- 62-Graziottin A. Dyspareunia and Vaginismus: Review of the Literature and Treatment *Current Sexual Health Reports* 2008, 5:43–50
- 63- MacNeill C. Dyspareunia *Obstet Gynecol Clin N Am* 33 (2006) 565–577
- 64-Schultz WW, Basson R, Binik I et al. Women's Sexual Pain and Its Management. *J Sex Med* 2005; 2: 301–316

- 65-Peer Commentaries on Binik. Archives of Sexual Behavior, Vol. 34, No. 1, February 2005, pp. 23–61
- 66-Bergeron, S., Khalif'e, S., Pagidas, K., Meana, M., Amsel, R., & Binik Y. M. (2001). A randomized comparison of group cognitive behavioural therapy surface electromyographic biofeedback and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from VVS. *Pain*, 91, 297–306
- 67-Heiman J. R., & Meston C. M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148–194.
- 68-Jantos, M., & White, G. (1997). The vestibulitis syndrome: Medical and psychosexual assessment of a cohort of patients. *Journal of Reproductive Medicine*, 42, 145–152.
- 69-Reed B. Vulvodynia: Diagnosis and Management Am Fam Physician 2006;73:1231-8, 1239
- 70-Goetsch M. Vulvar Vestibulitis: Dual Sources of Pain? NVA News/Winter 2005 Volume XI, Issue I: 7-10
- 71-Friedrich EG Jr. Vulvar vestibulitis syndrome. J Reprod Med 1987;32:110-5
- 72-Saulnier Eg. Deep And Superficial Pelvic Floor Muscle Responses To A Pain Stimulus Investibulodynia. Thesis For Master Of Science. Queen's University Kingston, Ontario, Canada 2008
- 73-Micheletti L. Is vulvodynia a somatoform disorder?. Expert Rev. Obstet Gynecol 4(2), 119- 123 (2009)
- 74- Paavonen J. Controversies surrounding the diagnosis and treatment of vulvodynia. Expert Rev. Obstet Gynecol 2(1), 31-36 (2007)
- 75-Nunns D, D Mandal D. Psychological and psychosexual aspects of vulvar Vestibulitis Genitourin Med 1997;73:541-544
- 76-Wylie KR; Hallam-Jones R; Coan A; Harrington C. A review of the psychophenomenological aspects of vulval pain *Sexual and Marital Therapy*; May 1999; 14, 2; Health Module pg. 151
- 77-Johnson, A.M., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., Mcmanus, S., Wellings, K., Fenton, K.A., Korovessis, C., Macdowall, W., Nanchahal, K., Purdon, S. & Field, J. (2001). Sexual Behaviour In Britain: Partnerships, Practices, And Hiv Risk Behaviours. The Lancet, 358, 1835 – 1842

- 78-Hollows K. 'Anodyspareunia: A Novel Sexual Dysfunction? An Exploration Into Anal Sexuality',*Sexual And Relationship Therapy*,22:4,429 — 443
- 79-Baldwin, J.I. & Baldwin, J.D. (2000). Heterosexual Anal Intercourse: An Understudied, High-Risk Sexual Behaviour. *Archives Of Sexual Behaviour*, 29, 357 – 373.
- 80-Emel Armutçu. Türkiye Cinselliğini Konuşuyor. Doğan Kitapçılık. İstanbul 2006
- 81-Rosser, B.R.S., Metz, M.E., Bockting, W.O. & Buroker, T. (1997). Sexual Difficulties, Concerns And Satisfaction In Homosexual Men: An Empirical Study With Implications For Hiv Prevention.*Journal Of Sex And Marital Therapy*, 23, 61 – 73.
- 82-Damon, W. & Rosser, B.R.S. (2005). Anodyspareunia In Men Who Have Sex With Men: Prevalence, Predictors, Consequences And The Development Of Dsm Diagnostic Criteria. *Journal Of Sex And Marital Therapy*, 31, 129 – 141.
- 83-Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology*. 1999; 53: 481-486
- 84-Latthep P Latthe M, Say L Gülmezoglu M And Khan KS. WHO Systematic Review Of Prevalence Of Chronic Pelvic Pain: A Neglected Reproductive Health Morbidity *BMC Public Health* 2006, 6:177
- 85-Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH.Prevalence And Incidence Of Chronic Pelvic Pain In Primary Care: Evidence From A National General Practice Database. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:1149-55
- 86-Ahmos F F Ghaly, Patrick F W Chien. Chronic Pelvic Pain: Clinical Dilemma Or Clinician's Nightmare. *Sex Transm Inf* 2000;76:419–425
- 87-Howard FM. The Role Of Laparoscopy In Chronic Pelvic Pain: Promise And Pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48:357-87
- 88-Kaya B, Ünal S, Özenli Y Ve Ark. Anxiety, Depression And Sexual Dysfunction In Women With Chronic Pelvic Pain. *Sexual And Relationship Therapy*, 21(2):187-196.
- 89-Fry RPW, Crisp AH, Beard RW and McGuigan S. Psychosocial aspects of chronic pelvic pain, with special reference to sexual abuse. A study of 164 women *Postgrad Med J* (1993) 69, 566- 574

- 90- Neill ME, Swash M. Chronic perianal pain: an unsolved problem *Journal of the Royal Society of Medicine* Volume 75 February 1982
- 91- Leserman J, Zolnoun D, Meltzer-Brody S, Lamvu G, Steege JF. Identification of diagnostic subtypes of chronic pelvic pain and how subtypes differ in health status and trauma history. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 195, 554–61
- 92- Rasim Adasal. *Cinsiyet Aşk Evlilik. Tarhan Kitabevi. Ankara* 1962
- 93- Drenth, J.J., Andriessen, S., Heringa, M.P., Mourits, M.J., van de Wiel, H.B. and Weijmar Schultz, W.C., Connections between primary vaginismus and procreation: some observations from clinical practice, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 17 (1996) 195-201.
- 94- Robinson T. A Critical assesment of the experiences and perceptions of the couple in an unconsummated marriage. Dissertation fort the degree of doctor of philosophy. University of Stellenboch. 2005
- 95- Kayır A, Salman B, Arı D. 100 vaginismus olgusunun TAT verileri. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara.
- 96- Oktay M, Erez S. Vaginismus Vakalarının Psiko-Sosyal Ve Psikoterapik Yönden İncelenmesi. *Yeni Symposium* 34(3-4): 60-64, 1996
- 97- Shokrollahı P, Mirmohamad M, Mehrabı F, Babae Gh. Prevalence Of Sexual Dysfunction İn Women Seeking Services At Family Planning Centers İn Tehran. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 25:211–215, 1999
- 98- Goldmeier D, Keane FEA, Carter P, Hessman A, Harris JR, Renton A. Prevalence Of Sexual Dysfunction İn A Heterosexual Patients Attending A Central London Genitourinary Medicine Clinic. *Int J STD AIDS* 1997;8:303–6
- 99- O’Sullivan K. Observation On Vaginismus İn Irish Women. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:824–6
- 100- Özdemir YO, Simsek F, Incesu C ve ark. Sociodemographic and clinical characteristics of 1.002 subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction center. *European Journal of Sexual Health*, 15(Supll 1):14-15.
- 101- Çayan S, Akbay E, Bozlu M ve ark (2004) The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*, 72.52-57.
- 102- Donath T. *Anatomical Dictionary. Elsevier Publishing. 1969*

- 103- Gürdal A. Psikanalizde Kadınlık Üzerine İlk Görüşler. Psikanaliz Yazıları; 2: 11-17. Bağlam Yayınları. İstanbul 2001
- 104- Shildrick, M. & Price, J. (1994). Splitting The Difference: Adventures In The Anatomy And Embodiment Of Women. In: G. Griffin, M. Hester, S. Rai & S. Rosenheil (Eds), *Stirring It: Challenges For Feminism* (Pp. 156± 179). London: Taylor & Francis
- 105- Braun V, Wilkinson S. Socio-Cultural Representations Of The Vagina. *Journal Of Reproductive And Infant Pscyhology*, Vol. 19, No. 1, 2001
- 106- Galen (1968). *On The Usefulness Of The Parts Of The Body* (Vol. Iı) Ithaca: Cornell University Pres
- 107- Bignell, J. (1998). Where Is Action Man's Penis? Interterminate And Overdetermined Gender In The Culture Of Toys. Paper Presented At Anti:Bodies Conference, 13 March 1999, Buckinghamshire Chilterns University College, High Wycombe
- 108- Tsoi, M.M., Poon, R.S.M., & Ho, P.C. (1983). Knowledge About Reproductive Organs In Chinese Women:Some Overlooked 'Common Sense' . *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 2(2), 70± 75.
- 109- Kegel AH. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Western journal of surgery, obstetrics, and gynecology*. 01/11/1952; 60(10):521-4
- 110- Adams, A. (1997). Moulding Women's Bodies: The Surgeon As Sculptor. In: D.S. Wilson & C.M. Laennec (Eds), *Bodily Discursions* (Pp. 59± 80). New York: State University Of New York Press.
- 111- Levin Rj. Wet And Dry Sex—The Impact Of Cultural Influence In Modifying Vaginal Function. *Sexual And Relationship Therapy* Vol 20, No. 4, November 2005
- 112- Gürgan B. Images of sexuality in the 16th century Ottoman society: Mehmed Gazali's *Dafi'ü'l Gumüm*. Dissertation fort he degree of master of arts. Sabancı University. İstanbul 2005
- 113- Costa Talens, P. and Colorado Vicente, M., Un problema ginecologico en al papiro Ramesseum IV, *Med Esp*, 66 (1971) 274-6.
- 114- Trotula of Salerno, *Passionibus Mulierum Curandorum*, translated as *The Diseases of Women* by Elizabeth Mason-Hohl, The Ward Ritchie Press, Los Angeles, 1547/1940

- 115- Sartin JS.J. Marion Sims, the father of gynecology: hero or villain? South Med J. 2004 May;97(5):500-5.
- 116- Helmuth T. Vaginismus. The North American Journal of Homeopathy. Vol 13.p. 64-66 1865
- 117- The Cure Of Barrenness. The Medical Times and Gazete. Vol 1 Feb.10, 1866: p. 148-151
- 118- Holloway JM. Analysis of Various Articles. The Richmond and Louisville Medical Journal 1868 Syf: 535
- 119- James V. Ricci, One Hundred Years of Gynaecology, 1800-1900 (Philadelphia: The Blakiston Co., 1945), pp. 551-553
- 120- Blazer JA. Married Virgins. A Study of Unconsummated Marriages. Journal of Marriage and the Family, Vol. 26, No. 2 (May, 1964), pp. 213-214
- 121- Ellison C. (1968) Psychosomatic factors in the unconsummated marriage. J. Psychosom. Res. 12, 61.
- 122- Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalife, S., Cohen, D. and Amsel, R., Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus, Arch Sex Behav, 33 (2004) 5-17.
- 123- Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalife, S., Cohen, D. and Amsel, R., Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment, J Sex Marital Ther, 29 (2003) 47-59.
- 124- van der Velde, J. and Everaerd, W., The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus, Behav Res Ther, 39 (2001) 395-408.
- 125- Engman M. Partial vaginismus -definition, symptoms and treatment. Linköping University Medical Dissertation. Linköping, November 2007
- 126- Friedman IJ. Virgin wives. London: Tavistock. 1962
- 127- Lamont JA (1978) Vaginismus. Am J Obstet Gynecol 131:632-636
- 128- Crowley, T., Richardson, D. and Goldmeier, D., Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction, Int J STD AIDS,17 (2006) 14-8
- 129- Drenth, J.J., Vaginismus and the desire for a child, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 9 (1988) 125-137.

- 130- Leiblum SR, Pervin LA, Campbell EG (1989) The treatment of vaginismus: Success and failure. In SR Leiblum, RC Rosen (Eds), Principles and practice of sex therapy (2 nd Ed, pp 113-138). New York: Guilford.
- 131- Bayrak M. Vajinismus oluşumunda etiyolojik özellikler. Uzmanlık tezi, BRSHH. İstanbul 2006
- 132- Barnes J, Bowman EP, Cullen J Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus. Biofeedback Self Regul 9:281-289. 1984
- 133- Brin MF, Vapnek JM Treatment of vaginismus with botulinum toxin injections. Lancet 349:252-252. 1997
- 134- Mikhail AR. Treatment of vaginismus by I.V. diazepam abreaction interviews. Acta Psychiatr Scand 53: 328-332. 1976
- 135- Hassel B. Resolution of primary vaginismus and introital hyperesthesia by topical anesthesia. Anesth Analg 85:1415-1416. 1997
- 136- Man-Lun N. Vaginismus--a disease, symptom or culture-bound syndrome? Sexual and Marital Therapy; Feb 1999; 14, 1; Health Module pg. 9
- 137- Hannah JD, Elke DR. Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. Sexual and Relationship Therapy Vol 22, No. 2, May 2007
- 138- Tuğrul C, Kabakçı E. Vaginismus and its correlates. J Sex Mar Ther, 12:23- 34.
- 139- Kayır A, Şahin D. Vaginismus Tedavisinin Uzamasında Eşlerin Rolü NöroPsikiyatri Arşivi 1997;34(4):178-185
- 140- Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi No 98, İzmir 1974
- 141- Taylor FK. Penis captivus--did it occur? *Br Med J* 1979;2;977-978
- 142- Korner O. Die drztlichen Kentntisse in Ilias and Odyssee, München, Bergmannverlag, 1929
- 143- Rolleston J D. Janus, 1935, 39, 196.
- 144- Boekelman WA. Penis captivus *Br Med J* 1979;3;1438-1439
- 145- Ivanovski O, Stankov O, Kuzmanoski M, Saidi S, Banev S, Filipovski V, Lekovski L, and Popov Z. Penile strangulation: Two case reports and review of the literature. *J Sex Med* 2007; 4:1775–1780.
- 146- Kroger WS. Psychosomatic Gynecology, Including Problems of Obstetrical Care (Hollywood: Wilshire Book Co., 1962), p. 316

- 147- Ben-Zion I, Rothschild S, Chudakov B, and Aloni R. Surrogate vs. couple therapy in vaginismus. *J Sex Med* 2007;4:728–733.
- 148- Andrade N. After the treatment of women with vaginismus: dealing with erectile dysfunction in their partners *Sexologies Volume 17, Supplement 1, April 2008, Page S132*
- 149- Chisholm ID (1972) Sexual problems in marriage: Non-consummation. *Postgrad Med J* 48: 544-547.
- 150- Mayer M.D. . Classification and treatment of dyspareunia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 24, 751 – 755. 1932
- 151- Hamilton M (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychology*; 32: 50-55
- 152- Blacker D (2005). Psychiatric rating scales. İn: Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry Ed.8*, B.J. Sadock, V.A. Sadock eds. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. P: 945-946.
- 153- Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P (1998). Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 9: 114-117.
- 154- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych*; 4:53-63.
- 155- Hisli N (1988). Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*; 6: 118-122
- 156- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 157- Öner N (1977). Durumluk - sürekli kaygı envanterinin Türk toplumunda geçerliği. *Yayınlanmamış doçentlik tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi
- 158- Crowe, M. J. (1978). Conjoint marital-therapy-controlled outcome study. *Psychological Medicine*, 8, 623–636.
- 159- Savaşır I. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Elkitabı (Türk Standardizasyonu). Sevinç Matbaası, Ankara. 1981
- 160- Erol N. Ülkemizde Psikiyatrik Hastalarda Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin Geçerlik Araştırması. *Psikoloji Dergisi*, 4(14-15): 15-23. 1982
- 161- Coppini A. A Case of Primary Vaginismus. *Int Forum Psychoanal* 1999;8:49–52.

- 162- Jeng C, Wang L. Management and Outcome of Primary Vaginismus Journal of Sex & Marital Therapy, 32:379–387, 2006
- 163- Munasinghe T, Goonaratna C, Silva P. Couple characteristics and outcome of therapy in vaginismus. Ceylon Medical Journal Vol. 49, No. 2, June 2004p 54-57
- 164- Van Lankveld JJ, Weijenborg PT, ter Kuile MM. Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. Obstet Gynecol 1996;88:65-70.
- 165- Ceyhun, B., Oral, N., Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Değerlendirme Kitabı. 2. Baskı, Çizgi Yayınları, Ankara. 2003 .

FORMLAR

GENEL BİLGİ FORMU

Görüşmecisi:.....

Tarih:.....

1.Doğum tarihi/yeri:

2.Etnik Köken

1=Göçmen 2=Arap 3=Çerkez 4=Ermeni

5=Gürcü 6=Kürt 7=Laz 8=Süryani

9=Türk 0=Diğer

3.Mezhep(Köken olarak)

0=köken olarak müslüman değil 1=Alevi 2=Hanefi 3=Şafi

4=Maliki

4.Eğitim(mezun olduğu yere göre)

1=İlkokul 2=Ortaokul 3=Lise 4=Üniversite

5=Yüksek lisans, doktora 6=okuryazar

5.Meslek

00=işsiz 01=işçi 02=çiftçi 03=memur

04=esnaf 05=tüccar, sanayici 06=serbest meslek(doktor, avukat, müh. vb)

07=asker 08=üst düzey bürokrat 09=öğrenci 10=diğer

6.12 yaşına kadar büyüdüğü yer

1=köy 2=kasaba 3=şehir 4=büyükşehir

7. 12 yaşına kadar büyüdüğü bölge

1=Doğu Anadolu 2= Güneydoğu Anadolu 3=İç Anadolu

4=Karadeniz 5=Akdeniz 6=Ege 7=Marmara 8=göçmen

8.İçinde büyüdüğünüz ailenin maddi durumunu nasıl tanımlarsınız

1=yoksul 2=orta halli 3=iyi 4=çok iyi

9. Şimdiki maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız

1=yoksul 2=orta halli 3=iyi 4=çok iyi

10.Daha önce ruhsal bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

0=yok 1=alkol/madde 2=nörotik 3=psikotik 4=duygudurum bzk.

11.Tedavi gördünüz mü?

0=yok 1=ayaktan 2=yatarak

12. Cinsel bir rahatsızlık yaşıyor musunuz?

0=yok 1=erken boşalma 2=ereksiyon güçlüğü 3=geç boşalma 4=cinsel isteksizlik 5=diğer

13.Tedavi gördünüz mü?

0=görmedim 1=gördüm

14. Sevişme sonrasında eşinizle birlikte yatakta kalma süreniz nedir?

0= <1 dak 1=1-5 dak 2= 5-30 dak

15. Eşinize karşı cinsel olarak hissettiğiniz temel duygu nedir?

0= şehvet 1=şefkat

16. “Cinsel birleşme” size aşağıdakilerden hangisini en çok çağrıştırmaktadır?

0=zevk 1=acı 2=orgazm 3=suç 4=diğer

17. Ne kadar süredir evlisiniz?

0=3 aydan az 1=3 ay-1 yıl 2=1-5 yıl 3=5 yıldan çok

18. Evliliğiniz öncesindeki ilişki biçimi ve süresi nedir?

0=tanışıklık 1=arkadaşlık 2=sevgililik
 0=3 aydan az 1=3 ay-1 yıl 2=1-5 yıl 3=5 yıldan çok

19. Eşinizle aranızda akrabalık ilişkisi var mı? Varsa nedir?

20.Nasıl evlendiniz?(Görücü usulü vs..)

21.Vajinismus hastalığından ailelerinizin haberi var mı, varsa tutumları nedir?

Sizin aileniz 0=var 1=yok

Eşinizin ailesi 0=var 1=yok

Sizin aileniz 0=destekleyici 1=reddedici 3=ilgisiz 4=diğer

Eşinizin ailesi 0=destekleyici 1=reddedici 3=ilgisiz 4=diğer

22. Annenizin

Yaşı.....

Eğitim durumu.....

Mesleği.....

Kişilik özellikleri.....

23. Babanızın

Yaşı.....

Eğitim durumu.....

Mesleği.....

Kişilik özellikleri.....

24. Anne-babanız arasındaki evlilik ilişkisini nasıl tanımlarsınız?

HAMİLTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Yok : 0

Hafif:1

Orta derece:2

Şiddetli:3

Çok şiddetli:4

		Puan			Puan
Anksiyeteli Duygudurum	Endişeler, kötülük beklentisi, korkulu beklenti, çabuk sinirlenme		Bedensel (Duyusal)	Kulak çınlaması, bulanık görme, soğuk-sıcak basması, güçsüzlük hissi, karıncalanma	
Gerginlik	Gerginlik hissi, yorgunluk, irkilme yanıtı, kolay ağlama, titreme, huzursuzluk hissi		Kalp damar sistem belirtileri	Kalp atışlarının hızlanması, çarpıntı, göğüste ağrı, damarların atması, bayılma duygusu, kalp atışında vuru atlaması	
Korkular	Karanlık, yabancılar, yalnız bırakılma, hayvanlar, trafik, kalabalık		Sistem belirtileri	Göğüste sıkışma ve baskı hissi, boğulma hissi, derin iç çekmeler, nefes darlığı	
Uykusuzluk	Uykuya dalma güçlüğü, bölünmüş uyku, uykudan yorgun kalkma, rüyalar, kabuslar, gece korkuları		Mide-barsak sistem belirtileri	Yutma güçlüğü, karında ağrı, midede yanma, karında dolgunluk hissi, bulantı, kusma, ishal, kilo kaybı, kabızlık, barsakta gaz	
Bilişsel	Dikkatini toplamada güçlük, bellek zayıflığı		Üreme- boşaltım sistem belirtileri	Sık idrar yapma, aniden idrar yapma isteği gelmesi, adet görememe, adet kanama süresinin artması, kadında cinsel soğukluk gelişmesi, erken boşalma, libido kaybı, ereksiyon güçlüğü	
Depresif duygudurum	İlgikaybı, hobilerden zevk alamama, çökkünlük, erken uyanma, diurnal ritimde değişme		Otonomik belirtiler	Ağız kuruluğu, kızarma, solukluk, terlemeye eğilim, sersemlik hissi, gerginlik, baş ağrısı, tüylerin diken diken olması	
Bedensel (kaslarla ilgili)	Ağrılar, seyirmeler, miyoklonik atmalar, diş gıcırdatma, sesin tonunda değişme, kas gerginliğinde artma		Görüşme sırasındaki davranış	Tedirginlik, yerinde duramama, ellerde titreme, kaşların çatılması, gergin yüz, iç çekme yada hızlı solunum, yüzde solukluk, yutkunma, geçirme, tendonlarda atmalar, genişlemiş göz bebekleri, gözlerin yuvalarından çıkması	

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir.

Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir "insan olarak" tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum;
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum:
6. a) Cezalandırılıyordum . gibi d uygula r içinde değ i lim. . "
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum

8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
 b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
 c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
 d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok,
 b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
 c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
 d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
 b) Eskişine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
 c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
 d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskişine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam. .
 b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
 c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
 d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
 B) Eskişine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
 c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskişisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
 b) Eskişine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
 c) Eskişine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
 d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskişinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
 b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
 c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
 d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskişisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 b) Bir işe başlayabilmek için eskişine göre daha fazla çaba harcıyorum.
 c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
 d) Hiç çalışamıyorum.
16. a) Eskişisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
 b) Şimdilerde eskişisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
 c) Eskişine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
 d) Eskişine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

YONERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, daha sonra şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin şu anda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Hayır (1), Biraz (2), Çok (3), Her zaman (4).

- 1— Şu anda sakinim (1) (2) (3) (4)
- 2— Kendimi emniyette hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 3 — Şu anda sinirlerim gergin. (1) (2) (3) (4)
- 4— Pişmanlık duygusu içindeyim. (1) (2) (3) (4)
- 5 — Şu anda huzur içindeyim. (1) (2) (3) (4)
- 6— Şu anda hiç keyfim yok. (1) (2) (3) (4)
- 7 — Başıma geleceklerden endişe ediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 8 — Kendimi dinlenmiş hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 9— Şu anda kaygılıyım. (1) (2) (3) (4)
- 10 — Kendimi rahat hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 11 — Kendime güvenim var. (1) (2) (3) (4)
- 12 — Şu anda asabım bozuk. (1) (2) (3) (4)
- 13 — Çok sinirliyim. (1) (2) (3) (4)
- 14 — Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 15 — Kendimi rahatlamış hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 16 — Şu anda halimden memnunum. (1) (2) (3) (4)
- 17 — Şu anda endişeleniyorum. (1) (2) (3) (4)
- 18 — Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 19 — Su anda seviçliyim. (1) (2) (3) (4)
- 20 — Su anda keyfim yerinde. (1) (2) (3) (4)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Hayır (1), Biraz (2), Çok (3), Her zaman (4).

- 21 — Genellikle keyfim yerindedir. (1) (2) (3) (4)
- 22 — Genellikle çabuk yorulurum. (1) (2) (3) (4)
- 23 — Genellikle kolay ağlarım. (1) (2) (3) (4)
- 24 — Başkaları kadar mutlu olmak istedim. (1) (2) (3) (4)
- 25 — Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırm. (1) (2) (3) (4)

- 26 — Kendimi dinlenmiş hissederim. (1) (2) (3) (4)
- 27 — Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım. (1) (2) (3) (4)
- 28 — Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim. (1) (2) (3) (4)
- 29 — Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim. (1) (2) (3) (4)
- 30 — Genellikle mutluyum. (1) (2) (3) (4)
- 31 — Herşeyi ciddiye alırım ve etkilenirim. (1) (2) (3) (4)
- 32 — Genellikle kendime güvenim yoktur. (1) (2) (3) (4)
- 33 — Genellikle kendimi emniyette hissederim. (1) (2) (3) (4)
- 34 — Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım. (1) (2) (3) (4)
- 35 — Genellikle kendimi hüzünlü hissederim. (1) (2) (3) (4)
- 36 — Genellikle hayatımdan memnunum. (1) (2) (3) (4)
- 37 — Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder. (1) (2) (3) (4)
- 38 — Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam. (1) (2) (3) (4)
- 39 — Aklı başında ve kararlı bir insanım. (1) (2) (3) (4)
- 40 — Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder. (1) (2) (3) (4)

MAUDSLEY EVLİLİK ANKETİ

EVLİLİK İLİŞKİSİ

1- Ne sıklıkta eşinizden ayrılmayı düşünürsünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Hiç düşünmem	Nadiren düşünürüm	Bazen düşünürüm	Sık sık düşünürüm	Ayrılmak ya da boşanmak üzereyim				

2- Eşinizle yaşamak sizin için (cinsel ilişki dışında) ne ölçüde doyurucu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Eşimle yaşamaktan çok memnunum	Eşimle yaşamaktan genellikle memnunum	Eşimle yaşamaktan orta derecede memnunum	Eşimle yaşamaktan genellikle memnun değilim	Eşimle yaşamaktan hiç memnun değilim				

3- Eşinizin iyi bir karı ya da koca olduğunu düşünür müsünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Çok iyi	Vasattan daha iyi	Vasat	Vasattan kötü	Çok kötü				

4- Eşinizle birlikte yaptığınız gezme, eğlenme, eş dost ziyaretleri gibi uğraşlara ayırdığınız zaman sizce yeterli mi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Yeterli oldukça memnunum	Birlikte biraz daha zaman ayırmak isterim	Birlikte daha fazla zaman ayırmak isterim	Birlikte çok daha fazla zaman ayırmak isterim	Yetersiz hiç memnun değilim				

5- Evliliğinizde ne derece kavga, gürültü, tartışma, soğukluk ya da şiddet kullanma olur?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Oldukça uyumlu ve sıcak bir ilişkimiz var	Bazen tartışma ve tatsızlıklar olur	Oldukça sık kavga ve tatsızlık olur	Çok sık kavga ya da sürekli anlaşmazlık vardır	Dayanılmaz ölçüde kavgalar ve şiddet vardır				

6- Tartıştığınız zaman, sonuç tatlıya bağlanır mı?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Genellikle bir anlaşmaya varırız ve tatlıya bağlanır	Sıklıkla anlaşmaya varırız ama bazen zor olur	Anlaşmaya varmadan epey kavga ederiz	Sıklıkla bir sonuca varmayan kavgalarımız olur	Hiçbir zaman anlaşmaya varamayız				

7- Eşinize istediğiniz gibi dertlerinizi açabilir misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
İstedğim gibi dertlerimi açabilirim	Genellikle açabilirim ama bazen içime atmak zorunda kalırım	Genellikle içime atmak zorunda kalırım	Çoğunlukla açılamam ve içime atarım	Hiçbir zaman açılamam ve hep içime atarım				

8- Eşiniz size istediğiniz kadar yakınlık ve anlayış gösteriyor mu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Evet istediğim kadar yakınlık ve anlayış gösteriyor	Gördüğüm yakınlık ve anlayış istediğimden biraz az	Gördüğüm yakınlık ve anlayış istediğimden az	Gördüğüm yakınlık ve anlayış istediğimden çok az	Eşimden hiç yakınlık ve anlayış görmüyorum				

9- Eşiniz evlilikteki sorumluluklarını yerine getiriyor mu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Evet genellikle sorumluluklarını yerine getirir	Oldukça sorumludur ama bazen ihmal eder	Bazen oldukça sorumsuz ve ihmalkardır	Genellikle sorumsuz ve ihmalkardır	Hemen her zaman sorumsuz ve ihmalkardır				

10- Eşiniz bir insane olarak istediğiniz gibi bir kişi midir? (Bu soruda dış görünüm güzelliği vs. kastedilmiyor)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Eşim tam istediğim gibidir (İnsan olarak çok beğenirim)	İstedime çok yakındır (Oldukça beğenirim)	İstedime uygun sayılır (beğenirim)	Pek istediğim gibi değildir (Beğenmem)	Hiç istediğim gibi değildir (Hiç Beğenmem)				

CİNSEL YAŞAM

11- Son bir ay içinde eşinizle ne sıklıkta cinsel ilişkide bulundunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Haftada iki kez veya daha çok	Ortalama haftada bir kez	Ortalama iki haftada bir kez				Ayda bir		Hiç

12- Cinsel ilişkinizin şimdiki sıklığından memnun musunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Tam istediğim gibi	Biraz daha çok olabilir	Yeterli değil ama fazla şikayetçi değilim				Yeterli değil memnun değilim		Çok yetersiz hiç memnun değilim

13- Eşinizle cinsel ilişkiden ne derece hoşlanıyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Çok hoşlanıyorum	Oldukça hoşlanıyorum (Biraz daha iyi olabilir)	Birşey hissetmiyorum. Fazla memnun değilim				Hoşlanmıyorum		Hiç hoşlanmıyorum

14- Eşinizle cinsel ilişkilerinizde ne sıklıkta boşalabiliyorsunuz (orgazm olabiliyor musunuz) ?

(Hiç cinsel ilişkiniz yoksa 8' i işaretleyiniz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Hemen her seferinde	Çoğu kez	Aşağı yukarı				Nadiren		Hiç

15- Sizce birbirinize dokunmanız, öpüşmeniz yeterli mi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Tam istediğim gibi	Biraz daha çok olabilir	Yeterli değil ama fazla şikayetçi değilim				Yetersiz memnun değilim		Çok yetersiz hiç memnun değilim

ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI
Yerel Etik Kurulu



Sayı : 1542

Tarih : 11/05/2009

Konu : Prof.Dr. Doğan ŞAHİN hk,

Sayın Prof.Dr. Doğan ŞAHİN
Psikiyatri Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

İlgi : 23.03.2009 tarihli 524 sayılı yazınız

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Cem TAYLAN ERDEN'in yürüteceği 2009/1320 dosya numaralı "Eşleri vajinismus olan erkeklerin ruhsal profillerinin normal popülasyonla karşılaştırılması" başlıklı tez çalışması kurulumuzun 22.04.2009 tarihli 04 sayılı toplantısında onaylanmış olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Güher SARUHAN DİRESKENELİ
İstanbul Tıp Fakültesi
Dekan Yardımcısı ve
Etik Kurul Başkanı

Eki: Tutanak

ÖZGEÇMİŞ

1-GENEL BİLGİ

Ad- Soyad : Cem Taylan Erden
Doğum Tarihi : 02.06.1979
Doğum Yeri : İskenderun / Türkiye
Medeni Durum : Evli

2 – EĞİTİM

1985-1990: İnönü İlkokulu
1990-1994: Niğde Anadolu Lisesi
1994-1997: İzmir Fen Lisesi
1997-2003: Hacettepe Üniv. Tıp Fak.
2004- 2009: İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı

3- YABANCI DİLLER

İngilizce

4- BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

Erden CT. Vajinismus erkekleri; yeni bir tanım?. Türkiye Klinikleri Cinsel İşlev Bozuklukları Özel Sayı (yayında)

5- ABSTRACTLAR – YAYINLAR

Erden CT, Kayır A: Vajinismus erkekleri ile 3 saatlik bir grup terapi seansı. Cinsellik ve Cinsel Tedaviler VII. Ulusal Kongresi, Poster Bildirisi. 2008

6- BİLİMSEL SUNUMLAR

Erden CT: “Vajinismus Erkekleri”. Cinsellik ve Cinsel Tedaviler VII. Ulusal Kongresi, İstanbul 2008

Erden CT: “Avrupa Birliği’ nde Ruh Sağlığı Politikaları”. 10. Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu, İstanbul 2006

Erden CT: “Oedipus’ un gözleri neden kör oldu?” II.Psikiyatri Atölyeleri, İzmit 2007