

XƏZƏR UNIVERSİTETİ

Fakültə: Təbiət elmləri, Sənət və Texnologiya yüksək təhsil

Departament: Psixologiya

İxtisas: Klinik psixologiya

MAGİSTR TEZİSİ

Mövzu: Psixogen vaginizm və onun digər psixi pozuntularla əlaqəsi

Magistrant: Cəbrayılva Xədicə Sabir qızı

Elmi rəhbər: Psixologiya üzrə fəlsəfə doktoru Ramiyyə Cavadova Rövşən qızı

Mündəricat

GİRİŞ	3
I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT İCMALI	7
1.1. Cinsi disfunksiyalara dair müasir elmi yanaşmalar.....	7
1.1.1. Qadınlarda cinsi disfunksiyaların təsnifatı və səbəbləri.....	12
1.1.2. Vaginizmin formalaşmasında bioloji, sosial və psixoloji amillərin rolu.....	25
1.2. Psixi pozuntuların təsnifatı və növləri.....	31
1.2.1. Psixogen vaginizmlə yanaşı təzahür edən psixi pozuntular.....	35
1.2.2. Depresiyanın ümumi təsviri və xarakteristikası.....	41
1.2.3. Təşvişin ümumi təsviri və xarakteristikası.....	46
II FƏSİL. TƏDQIQATIN METOD VƏ METODİKALARI	51
2.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi.....	51
2.2. İstifadə edilmiş metodikalar.....	52
III FƏSİL. ALINAN NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ	54
NƏTİCƏ	73
İSTİFADƏ OLUNMUŞ ƏDƏBİYYAT	76
ƏLAVƏLƏR	86
XÜLASƏ	86
ABSTRACT	87

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Vaginizm qadınların fiziki və psixoloji rifahına dərindən təsir edə bilən cinsi disfunksiyadır. Lakin bu problemlə bağlı ictimai məlumatlandırma aşağı səviyyədədir. Onun yaranma səbəblərini və əlaqəli amilləri araşdırmaq effektiv səhiyyə xidməti üçün olduqca vacibdir. Mövcud ədəbiyyatda problemlə bağlı daha çox bioloji cəhətdən yanaşma əksini tapmışdır.

Vaginizmin etiologiyasına nəzər saldıqda əsasən fiziki səbəblər kimi, tibbi şərtlər, doğuş, klimaks, çanaq travması və müvəqqəti narahatlıqlar, həmçinin qeyri-fiziki səbəblərin – qorxu, narahatlıq, stress, travmatik hadisə, uşaqlıq təcrübələri olduğunu müşahidə edirik. Ən çox görülən səbəblər isə əsasən psixoloji səbəblərdir (psixogen) – cinsi əlaqə və ağrı ilə bağlı qorxu və narahatlıqdır. Həddindən artıq sərt tərbiyə, qeyri-adekvat cinsi tərbiyə və erkən yaşda uyğun olmayan cinsi görüntülərə məruz qalma kimi uşaqlıq təcrübələri də vaginizmə səbəb ola bilər.

Psixoloji səbəblərdən meydana gələn vaginizm psixogen vaginizm adlanır. Psixogen vaginizm ümumi olaraq qadınların 2-3%-də inkişaf edir və hər yaşda görülməyə bilər. Vaginizmin rastlanma sıxlığı müxtəlif ölkələrə görə fərqlilik göstərə bilər. Lakin buna baxmayaraq, əldə olunan statistik məlumatlar tam doğru rəqəmləri əks etdirmir. Bir çox qadın təəssüf ki, diaqnoz və müalicə üçün müraciət etmir.

Cinsi əlaqəyə girə bilməmək və cinsi əlaqə qorxusu kimi özünü göstərən psixogen vaginizm əslində aysberqin görünən tərəfidir. Bir çox vaginizm xəstələrində onunla yanaşı müxtəlif psixoloji problemlər təzahür edə bilər. Bu psixoloji problemlər bəzən sonradan yaranır, bəzi hallarda isə əvvəlcədən mövcud olur. Psixogen vaginizmi müşayiət edən əsas psixoloji pozuntular vardır (depressiya, həyəcan-təşviş, OKB və s.). Bəzi psixoloji pozuntular psixogen vaginizmin görülməsindən aylar və ya illər sonra təzahür edə bilər.

Bununla belə ən qısa zamanda qərar qəbul edib müalicəyə başlamaq gələcəkdə yarana biləcək psixi pozuntuların qarşısını ala bilər. Vaginizmdən xilas olmağın yeganə yolu düzgün diaqnozun qoyulması (psixogen və ya fizioloji olmasını dəqiqləşdirmək) və buna müvafiq olan düzgün müalicə üsulunun seçilməsidir. Psixogen vaginizm müalicə olunanda, bu problem səbəbi ilə yaranan psixi pozuntuların da aradan qalxması gözləniləndir. Vaginizm müalicəsindən sonra psixoloji problemlərdə əhəmiyyətli dərəcədə azalma olur, fizioloji, sosial və psixoloji sferalarda balans vəziyyəti yaranır. Özünə inamın artması səbəbindən qadınlarda ümumi mənəvi rahatlıq nəzərə çarpır.

Bu problem qadınların psixoloji rifahına təsir etdiyi kimi, ailədaxili münasibətlərə də təsirsiz ötüşmür. Yəni bu problemin araşdırılması və məlumatlandırma yalnız problemdən əziyyət çəkən qadınların psixoloji və fiziki sağlamlığı üçün deyil, həm də ailədaxili münasibətlərin tənzimlənməsi üçün olduqca böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Mövzunun işlənmə səviyyəsi. Vaginizm problemi klinik psixologiyada, tibbdə və psixiatriya sahələrində öyrənilən geniş bir sahədir. Bu da problemlə bağlı araşdırılmalı olan məqamların çoxluğuna gətirib çıxarır.

Psixogen vaginizmdən əziyyət çəkən şəxslərin psixi pozuntuları ilə bağlı xarici ədəbiyyatlarda əhəmiyyətli tədqiqatlar aparılmış və bir sıra işlər görülmüşdür.

Aparılmış tədqiqatlara əsasən R.Kruks və K. Baur (2005) qeyd edirdi ki, ekspertlərin fikrincə qadınların təxminən 2%-i vaginizmdən əziyyət çəkir.

W. Masters və b. (1998) yazırlar ki, qadınlar arasında vaginizmin tezliyi məlum deyil, lakin onların məlumatlarına görə bu, qadınlarda olan bütün cinsi pozuntuların 10%-dən azını təşkil edir və gənc qadınların 2-3%-i bundan əziyyət çəkir.

Mərakeşdə aparılan bir araşdırmada isə, qadınların 6,2%-nin vaginizmdən şikayət etdiyi müəyyən edildi. (Kadri et al., 2002).

C. Tuğrul və E. Kabakçı (1997) Türkiyə klinikalarında vaginizmin daha yüksək faizini, 70%-i keçdiyini bildirmişdir. Onlar bunu mədəni faktorlarla əlaqələndirirlər ki, burada subay qızlarla cinsi əlaqəni müzakirə etmək qadağandır və gəlinin bakirəliyi çox önəmlidir.

E. A. Yıldırım və b. (2019) birincili vaginizm diaqnozu qoyulmuş 144 qadını müayinə etmişdir. 79,86% hallarda ən azı bir komorbid narahatlıq pozuntusu və ya depressiya aşkar edilmişdir. Aşkarlanma tezliyinin azalma sırasına görə komorbid pozuntular belədir: spesifik fobiya (63,9%), ağır depressiya (35,4%), sosial təşviş pozuntusu (13%), panik pozuntu (10%), obsesif-kompulsiv pozuntu(5%), ümumiləşdirilmiş narahatlıq pozuntusu (2%). Nəticələr əsasında belə fikrə gəlini ki, depressiya və təşviş pozuntularının, xüsusən də spesifik fobiyanın yayılması ümumi əhali ilə müqayisədə vaginizmi olan xəstələrdə daha yüksəkdir.

Həmçinin vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınlarda vaginizmin yaranması ilə bağlı araşdırmalar da aparılmışdır. Reissing və həmkarları (Reissing və b., 2003) öz nümunələrində vaginal penetrasiya (vaginizm) olan qadınlar arasında cinsi zorakılığın qurbanlarının digər qruplara nisbətən iki dəfə daha çox olduğunu müşahidə etmişlər.

Vaginizm diaqnozu qoyulmuş 77 qadının iştirakı ilə aparılan bir araşdırmada, bu qadınların 47%-nin qorxu, 10%-nin ikrah hissi, 13%-nin isə vaginal penetrasiyaya qarşı həm qorxu, həm də ikrah hissi keçirdiyi aşkar edilmişdir (Kaneko 2001).

Oktay və Tombul (2003) tərəfindən aparılan araşdırmada vaginizm diaqnozu qoyulmuş 200 qadında ağrı və şiddətli ağrı qorxusu (57%), həddindən artıq qanaxma qorxusu (31%), yırtılma və ya parçalanma qorxusu (18%), penis daxilində qalma qorxusu (17%), huşunu itirmək və ya ölmək qorxusu (11%) və çirkinlik və ya ikrah hissi (9%) olduğu aşkar edilmişdir. Bu araşdırmada maraqlı bir nəticə o oldu ki, xəstələrin yalnız 18%-i ilk cinsi əlaqə zamanı həddindən artıq ağrı hiss etdiyini bildirsə də, 57%-i ağrı qorxusu yaşadıklarını bildirdi.

Tədqiqatın obyektı. Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınlardan ibarət tədqiqat qrupu və digər ginekoloji problemlərlə müraciət etmiş qadınlardan təşkil olunmuş kontrol qrup.

Tədqiqatın predmeti. Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınlarda digər psixi pozuntuların təzahür səviyyəsinin müəyyən edilməsi.

Tədqiqatın məqsədi. Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınlarda bu problemlə yanaşı müşahidə olunan psixi pozuntuları tədqiq etmək, depressiya, şəxsiyyətlərarası həssaslıq, paranoid düşüncələr, psixotizm, obsessiv-kompulsiv simptomlar, somatizasiya, təşviş, fobik narahatlıq, düşmənçilik və təşviş pozuntusunun səviyyələrini ölçmək.

Tədqiqatın metodoloji əsasları və metodları. Tədqiqatın metodoloji əsasını müxtəlif tədqiqatçılar tərəfindən aparılan araşdırmalara əsaslanan elmi ədəbiyyatın təhlili, özündə demoqrafik göstəriciləri də ehtiva edən zəruri məlumatların toplanması məqsədilə müəllif tərəfindən tərtib olunan anket və tədqiq olunanlarda psixopatoloji halların müəyyənləşdirilməsi üçün "Qısa Simptom Testindən" (QST) (Derogatis tərəfindən hazırlanmış, Mələk Kərimova və Nərmin Osmanlı tərəfindən Azərbaycan mədəniyyətinə adaptasiya olunmuşdur) istifadə olunmuşdur. Tədqiqat işi zamanı əldə olunan nəticələrin dəqiqliyini müəyyənləşdirmək üçün statistik təhlil IBM SPSS (29.0) programında müvafiq ölçmə meyarları istifadə edilmişdir.

Tədqiqat fərziyyələri. Psixogen vaginizm problemi ilə bağlı ginekoloqa müraciət edən qadınlarda psixopatoloji halların rast gəlinmə tezliyi, ginekoloqa digər problemlərlə bağlı müraciət edən qadınlara nisbətən üstünlük təşkil edir.

Əsas fərziyyə ilə yanaşı əlavə fərziyyə də irəli sürülmüşdür:

- Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda psixopatoloji halların təzahürü, ailədaxili münaqişələrin mövcudluğuna əsasən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir.

Tədqiqatın vəzifələri: Qeyd edilən məqsədin həyata keçirilməsi üçün aşağıda göstərilmiş müddələrin həllinin icrası nəzərdə tutulmuşdur:

1. Beynəlxalq və yerli ədəbiyyatlarda araşdırılan problemə dair mövcud yanaşma və tədqiqatları nəzərdən keçirmək;
2. Psixogen vaginizmin bioloji, psixoloji və sosial determinantlarını öyrənmək;

3. Psixogen vaginizmin digər psixi pozuntular ilə əlaqəsini müəyyənləşdirmək məqsədi ilə metodikalar tətbiq etmək;
4. Tətbiq olunmuş metodikaların nəticələrinə əsasən statistik hesablamalar aparmaq və əlaqəni təhlil etmək.

Tədqiqatın nəzəri əhəmiyyəti. Tədqiqat zamanı toplanmış ədəbiyyat nümunələri, eyni zamanda gəlinmiş nəticələr psixologiya elmində, xüsusən psixogen vaginizmin araşdırılmasına həsr olunmuş gələcək tədqiqatlara zəmin yaratmış olur. Eləcə də elmi-nəzəri material kimi tədqiqat işinin nəzəri hissəsi müxtəlif elm sahələrində, o cümlədən ginekologiya, psixologiya və psixiatriya sahələrində, mühazirə və seminarlarda, təlimlərdə istiadə edilər bilər.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti. Tədqiqat işinin eksperimental tədqiqindən əldə olunan nəticələri klinik psixologiya, psixiatriya, seksologiya, ginekologiya sahəsində araşdırma aparən tədqiqatçılar praktik vəsait kimi istifadə edə bilərlər. Həmçinin vaginizmli şəxslərlə psixoloji yardım sahəsində çalışan psixoloqlar, psixoterapevtlər tərəfindən də istifadə edilə bilər.

Tədqiqatın elmi yeniliyi. Azərbaycanda vaginizmlə bağlı bir sıra elm sahələrində araşdırmalar aparılmışdır. Lakin Psixologiya elmində “psixogen vaginizm”, xüsusən də onun somatizasiya, obsessiv-kompulsiv pozuntu, depressiya, şəxsiyyətlərarası münasibətlər, təşviş pozuntusu, kin-düşmənçilik, fobiya təşviş, paranoid düşüncə, psixotizm kimi psixopatoloji hallar ilə arasındakı əlaqəni tədqiq edən araşdırmalar nəzərə çarpmır. Bu səbəbdən tədqiqat işimiz Azərbaycan üçün elmi yenilik hesab edilə bilər. Həmçinin psixogen vaginizmli şəxslərin psixopatoloji hallarının terapiyası və gələcəkdə göstərilə biləcək psixoloji, psixiatrik, ginekoloji və sosial yardım formaları üçün elmi əsaslar şəklində də istifadə oluna bilər.

Tədqiqatın aprobasiyası: Dissertasiya işinin mövzusunə uyğun olaraq Müasir Azərbaycan Psixoloqları İctimai Birliyində “Psixogen vaginizmlə yanaşı təzahür edən pozuntular” adı altında məqalə çap edilmişdir.

İşin strukturu. Giriş, üç fəsil, nəticə, istifadə olunmuş ədəbiyyat və əlavələrdən ibarətdir.

I fəsil. Ədəbiyyat icmalı

1.1.Cinsi disfunksiyalara dair müasir elmi yanaşmalar

Cinsi münasibət insan varlığı ilə başlayan və həyatın hər mərhələsini əhatə edən instinktiv fəaliyyətdir. İnsan olmağın əsas aspektlərinə cinsiyyət, gender kimlikləri və rolları, cinsi oriyentasiya, çoxalma, həzz, erotizm və yaxınlıq daxildir. Fantaziya, istək, düşüncələr, inanclar və dəyərlər seksuallığın ifadə tərzinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. Bundan əlavə, iqtisadi, mədəni, dini, sosial, hüquqi və mənəvi amillərin birləşməsi də seksuallığın təcrübəsinə və ifadəsinə təsir göstərir (WHO, 2010).

Bu günə qədər cinsi münasibətin müxtəlif tərifləri izah edilməyə çalışılıb. Ümumdünya Səhiyyə təşkilatı isə belə izah edir:

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı sağlam cinsi münasibəti “somatik, emosional, intellektual və sosial komponentləri müsbət şəkildə birləşdirən və zənginləşdirən, şəxsiyyəti, ünsiyyəti və sevgini inkişaf etdirən bütövlük” olaraq təyin edir (Özkan, 2001). Cinsi münasibət fərdin fiziki, psixoloji və sosial həyatının mühüm aspektidir və o, sadəcə olaraq çoxalma üçün bioloji təcrübə deyil, şəxsiyyətlərarası hissləri çatdırmağa xidmət edən, insana xoş hisslər bəxş edən və həzz verən bir təcrübədir.

Cinsi funksiya dedikdə isə fərdlərin cinsi münasibəti sağlam şəkildə yaşamaq üçün sahib olduqları bioloji mərhələ və ya proseslər nəzərdə tutulur. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, həyat prosesində bir çox faktor cinsəlliyə təsir edə bilər və cinsi sağlamlıq problemlərinə səbəb ola bilər. Cinsəlliyin anatomiyası və reaksiyası haqqında bildiklərimizin çoxu William Masters və Virginia Johnsonun (1994) işləri ilə bağlıdır. Onların tərifinə görə qadın və kişilərdə cinsi reaksiyalar cinsi bölgədə qan dövranının dəyişimi, çanaq nahiyəsində qan həcminin balanslaşdırılması və reproduktiv orqanlarını əhatə edən kiçik əzələlərin aktivləşməsindən ibarətdir. Araşdırmalar nəticəsində Masters və Johnson cinsi funksiyaları, yəni insanın cinsi oyanmaya olan fizioloji reaksiyasını 4 mərhələyə böldülər.

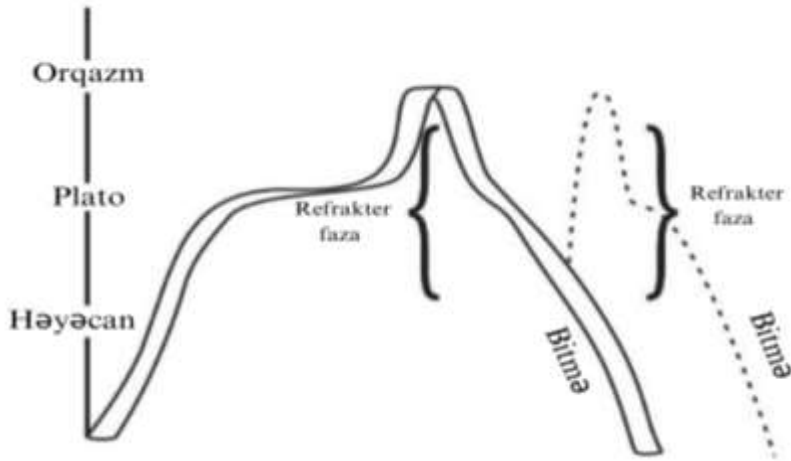
- 1) Oyanma və ya həyəcan fazası
- 2) Plato fazası
- 3) Orqazm fazası
- 4) Bitmə fazası

Şəkil 1.1 və Şəkil 1.2-də bu dörd mərhələ kişilər və qadınlar üçün ayrıca göstərilmişdir. Kişilərin cinsi reaksiya dövründəki dəyişikliklər cavabın müddəti ilə əlaqələndirilir. Ancaq qadınlar üçün vəziyyət fərqlidir. Qadınlarda cinsi reaksiya dövrü həm reaksiyanın intensivliyi, həm də müddəti ilə əlaqədardır və çoxlu dəyişikliklər ola bilər. Ümumiyyətlə kişi cinsi

reaksiyası bir dövrdən ibarət olsa da, qadın cinsi reaksiyasının üç fərqli reaksiya nümunəsindən ibarət olduğu bildirilmişdir.

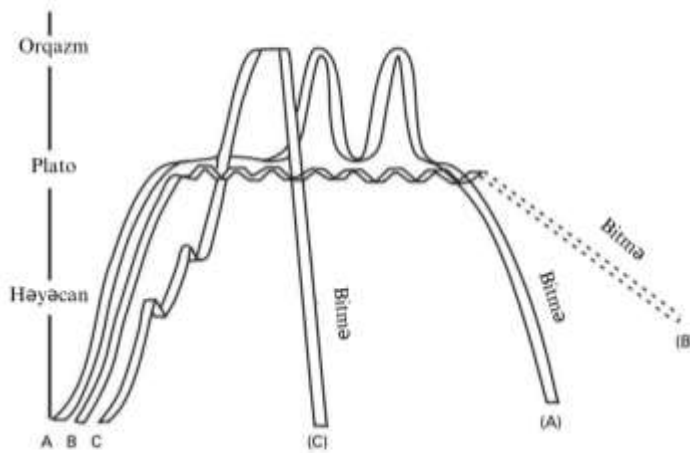
Şəkil 1.1

Kişidə Cinsi Reaksiya Dövrü. (Masters ve Johnson, 1966).



Şəkil 1.2

Qadında Cinsi Reaksiya Dövrü. (Masters ve Johnson, 1966)



- A: Orqazm ilə cinsi reaksiya
- B: Orqazm olmadan oyanma
- C: Masturbasiya zamanı sürətli reaksiya dövrü

İndi isə cinsi reaksiya dövrünün və ya Masters və Johnsonun “həyəcan modeli”nin mərhələlərinə nəzər yetirək:

- 1) Oyanma və ya həyəcan mərhələsi: bu ilk mərhələ olub, fantaziyalar, zehni və fiziki stimullar kimi cinsi əlaqə nəticəsində inkişaf edən, kişilərdə ereksiya, qadınlarda isə vazokongessiya (yəni damarların həddindən artıq qanla təchiz olunmuş halı) və miotoniya (əzələnin gərginləşməsi) ilə xarakterizə olunan cinsi oyanma mərhələsidir. Bu proses hər hansı fiziki və ya psixoloji stimulla baş verə bilər. Bu zaman ürək döyüntüləri artır, tənəffüs sürətlənir və qan təzyiqi yüksəlir.
- 2) Plato mərhələsi: bu mərhələdə təsirli cinsi stimulun davam etməsi və cinsi həyəcanın artması ilə qadın və ya kişi plato mərhələsinə keçir. Bu mərhələdə həzz hissi və cinsi gərginlik getdikcə artır və insan orqazma çatana qədər davam edir. Bu əslində, orqazm mərhələsinin başlanğıcıdır.
- 3) Orqazm mərhələsi: Fazalar arasında davam etmə müddəti baxımından ən qısa, lakin cinsi həzz baxımından ən yüksək olanıdır. Orqazm qadınlarda klitoral bölgədə və vaginada olur, kişilərdə penisdə və prostatda olur. Ümumiyyətlə, bu mərhələ cinsi həzz hissi ilə əlaqədar cinsi gərginlik rahatlama və ya boşalma ilə əvəz olunur.
- 4) Bitmə mərhələsi: Bu, son mərhələdir. Kişilərdə və ya qadınlarda orqazmın baş vermədiyi hallarda cinsiyyət orqanlarında və bütün bədəndə meydana gələn fizioloji dəyişikliklərin əvvəlki mərhələlərdə eyni ardıcılıqla, dəqiqələr içində yox olması ilə xarakterizə olunur. Bu mərhələnin müddəti cinsiyyətə, orqazmın yaşanıb yaşanmadığına, nə qədər intensiv olduğuna və cinsi stimulun davam edib-etməməsinə görə çox dəyişir.

Bu mərhələlərin hər biri nevroloji, hormonal və psixoloji amillərin harmoniyası ilə baş verir.

1970-ci illərdə Helen Singer Kaplan cinsi reaksiya dövrünün neyrofizioloji və anatomik aspektlərə bölünən ikifazlı quruluşunu müəyyən etdilər. Nəticədə cinsi reaksiya fazalarını klinik aspektdən yenidən təsnif etdilər və onlara cinsi istəyi əlavə etdilər. Bu modelə görə cinsi reaksiya dövrünün birinci fazası (oyanma və plato fazası) olan vazokongessiya fazası parasimpatik sistem, ikinci faza (orgazm fazası) isə simpatik sistem tərəfindən innervasiya olunur. Daha sonra üçüncü və son mərhələ olan cinsi istək mərhələsi əlavə edildi. Bu model DSM-4-ün cinsi disfunksiyalarının təsnifatının əsasını təşkil etmişdir. Hal-hazırda DSM-5-TR-də də cinsi disfunksiyalar 3 qrupa bölünür (DSM, 2022).

Master, Johnson və Kaplan tərəfindən konseptuallaşdırılmış cinsi reaksiya mərhələlərində psixoloji və ya şəxsiyyətlərarası amillərin olmaması tədqiqatçıların müxtəlif

konseptlərə, o cümlədən də qadın cinsi reaksiyası ilə bağlı konseptuallaşdırmalara müraciət etməsinə səbəb oldu (Rosen və başqaları, 2006).

Bu sahədə ilk cəhd dairəvi model təklif edən Whipple və Brash-McGreer (1997) tərəfindən aparıldı. Bu iki tədqiqatçı qadın cinsi reaksiyasını cazibə, hisslər, çatdırılma və əks etdirmə olaraq 4 mərhələyə bölür. Həmçinin müsbət cinsi təcrübələrin təmin edilməsinin qadınlarda cinsi istəyi artırdığını, mənfi cinsi təcrübələrin isə istək və ya cinsi fəaliyyətin itkisinə səbəb olduğunu müdafiə edirdilər. Üstəlik, müəlliflər cinsi təcrübənin xoş təəssüratlarının növbəti cinsi əlaqədə cəzbedici fazaya çevriləcəyini ifadə edərək, cinsi reaksiyanın tsiklik xarakterini vurğulayırlar.

Son illərdə ən çox qəbul edilən qadınlarda baş verən cinsi reaksiya ilə bağlı yanaşma Bassonun “yaxınlıq modeli”dir (Basson, 2000). Bu model Master və Johnsonun təklif etdiyi modelin qadınların real cinsi təcrübələrini əks etdirmədiyini göstərir. Basson modeli qadınlarda cinsi reaksiya mərhələlərinin zehni və fiziki komponentlərlə üst-üstə düşdüyü və ardıcılıqla yaşandığına əsaslanır.

Son dövrlərdə cinsi terapevtlərin uzunmüddətli araşdırmaları nəticəsində insanın cinsi reaksiya dövrünün 4 mərhələdən ibarət olduğu müəyyən edilmişdir. Bu mərhələlərdən hər hansı birində baş verən problemlər cinsi disfunksiya kimi müəyyən edilir. Mərhələlər aşağıdakı kimidir.

- 1) İstək: Bu ilk mərhələ cinsi istək və marağın təzahürünə aiddir, çox vaxt cinsi stimullaşdırıcı fantaziyalarla əlaqələndirilir.
- 2) Həyəcan (Oyanma): Bu mərhələdə qadınlarda cinsiyyət orqanlarında və döşlərdə qan axınının artması ilə cinsi həzz müəyyən edilir.
- 3) Orqazm: Cinsi həzzin pik həddə çatdığı mərhələdir. Boşalma arzusu kişilərdə olur və boşalma nadir hallarda istisna olmaqla, demək olar ki, hər dəfə olur. Qadınlarda vaginanın xarici divarlarında daralma müşahidə edilir.
- 4) Bitmə: Orqazmdan sonra gələn rahatlıq və rifah halıdır. Kişilərdə bir müddət ereksiya və cinsi istəyin olmadığı dövr olur, qadınlar isə orqazmdan sonra təkrar stimullaşdırma və çoxsaylı orqazm yaşayırlar.

Cinsi funksiyanın mexanizmi haqqında nəzəri bilgilər əldə etdik. Bəs cinsi disfunksiya nədir?

Cinsi əlaqəni tam rifah halında yaşamaq həm fərdi, həm də sosial rifah üçün son dərəcə vacibdir. Çünki seksuallıq ümumi sağlamlığın ən vacib hissələrindən biridir. Bu səbəblə 1943-cü ildə Abraham Maslow tərəfindən yaradılan ehtiyaclar piramidasının altındakı əvəzolunmaz ehtiyaclar arasında yer alır. Əsas sağlamlıq komponentlərindən biri olan cinsiyyət ümumi

sağlamlığa təsir edən hər cür vəziyyətdən təsirlənir. Bu zaman fərdin həyatına mənfi təsir göstərən cinsi disfunksiyalar baş verir (Maslow 1943, Basson et al 2000, Seker 2014).

Psixoseksual disfunksiya olaraq da adlandırılan cinsi disfunksiya, bir insanın fizioloji pozuntu və ya daha çox psixoloji problemlər nəticəsində cinsi oyanma yaşamaması və ya uyğun şərtlərdə cinsi məmnuniyyət əldə edə bilməməsidir.

Cinsi disfunksiya - partnyorların cinsi münasibətindən məmnunluq duymasına maneə olan hər hansı problem ola bilər.

Masters və Johnsona (1994) görə, cinsi disfunksiya insanın cinsi reaksiya dövründə cinsi oyanmanın olmaması və ya həzz ala bilməməsinə səbəb ola biləcək hər hansı bir pozulmadır.

Schmidt və Arentewicz (1982) isə cinsi disfunksiyanın “azalmış və ya atipik genital fizioloji reaksiyalar və ya bu reaksiyaların tamamilə itirilməsi nəticəsində cinsi həssaslıq və ya cinsi davranış pozuntuları” olduğunu qeyd etmişdir.

Cinsi disfunksiya cinsi reaksiya dövrünün istənilən mərhələsində baş verə biləcək bir problemdir. Cinsi reaksiya dövrü ənənəvi olaraq həyəcan, plato, orqazm və bitmə fazasını əhatə edir. Belə ki, bu fazalardan hər hansısa birində problemin yaranması disfunksiya ilə nəticələnir. Bu fazalardan hər hansısa birində problemin olması şiddətli qorxu, depressiya və ya başqa psixoloji səbəbdən baş verə bilər.

Həmçinin hormonal balansın, xüsusən də androgen hormonun balansının pozulması və ya hər hansısa bir dərman preparatının istifadəsi nəticəsində də baş verə bilər. Yaxın zamanlarda aparılmış araşdırmalar nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, xroniki stress yaşayan şəxslərin qandakı testestron balansı pozulmuşdur.

Bəzi üzvi pozuntular da cinsi reaksiyanı tamamilə aradan qaldırır. Adətən diabet, nevroloji zədələnmə, antihipertenziv dərmanlar və ya yaşlılıq cinsi funksiyanı pozur.

Qadın cinsiyyət orqanlarında baş verən müxtəlif xəstəliklər də disparuniyaya və sonradan cinsi əlaqədən qaçmağa səbəb ola bilər.

Cinsi disfunksiyalar haqqında müxtəlif fikirlər söylənmişdir. Bu yanaşmalar ənənəvi və müasir yanaşmalar kimi iki qrupda toplanır. Ənənəvi yanaşmalar psixoanalitik və davranış yanaşmaları kimi iki qrupda qiymətləndirilir.

Psixoanalitik yanaşma 1950-ci illərdə Freyd tərəfindən irəli sürülmüş və cinsi disfunksiyaların şüuraltı konfliktlər səbəbindən inkişaf etdiyini qeyd edir və bu münaqişələrin erkən uşaqlıq təcrübələri, psixoseksual inkişafın pozulması, edip və elektra kompleksi, penis qısqançlığından qaynaqlandığı düşünürdü. Freyd qeyd edirdi ki, uşaqlıqda basdırılmış cinsi

konfliktlərin geri dönməsi yetkin şəxslərdə ciddi cinsi problemlərin yaranmasına səbəb olur. Freyd hər psixopatologiyanın kökündə cinsi konfliktlərin olduğunu önə sürmüşdür.

1960-cı illərdə **Davranış yanaşması** bütün davranışlar kimi cinsi münasibət və cinsi davranışların da öyrənilməsi və insanların cinsi stimullara yanlış cavab verməyi öyrənmələrinin cinsi disfunksiyaya səbəb olmasını irəli sürürdü.

Müasir yanaşmaların əsası Masters və Johnsonun (1970) cinsiyyətlə bağlı araşdırmaları nəticəsində qoyulmuşdur və bu yanaşmaya görə cinsi disfunksiyalar çox heterogen bir qrupdur və onun etiologiyasında bir çox səbəblər rol oynaya bilər. Ənənəvi yanaşmaların irəli sürdüyü psixoseksual inkişaf mərhələlərindəki pozulmalar və yanlış öyrənilmiş davranışlar olduğu halda, müasir yanaşmada isə cinsi disfunksiyaların etiologiyasında həyat yoldaşları arasındakı münasibətlərin və cinsi biliklərin olmamasının mühüm rol oynadığı vurğulanır.

Cinsi disfunksiyaların etiologiyası ilə bağlı aparılan araşdırmalara görə, natamam və ya yanlış cinsi məlumat, ənənəvi və həddindən artıq qoruyucu tərbiyə, uşaqlıq təcrübəsi və ailə mühiti, həyat yoldaşları arasında uyğunsuzluq və ünsiyyət problemləri, başqa bir cinsi problemin olması, başqa bir psixiatrik problemin olması və s. amillərin mühüm rol oynadığı müəyyən edilmişdir.

1.1.1. Qadınlarda cinsi disfunksiyaların təsnifatı və səbəbləri

Cinsi disfunksiyalar, bir şəxsin cinsi münasibətinin olmaması fizioloji və ya psixoloji faktorlar nəticəsində cinsi reaksiya dövründə baş verən və cinsi performansə təsir edən pozulmalardır. Cinsi disfunksiya hər iki cinsin ümumi problemidir, lakin araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, cinsi funksiya pozuntuları ümumiyyətlə qadınlarda daha çoxdur (Lauman et al., 1999 və Zang et al., 2014). Laumann və həmkarlarının 18-59 yaş arası 1749 qadın və 1410 kişini sorğuladığı bir araşdırmada qadınların 43% və kişilərin 31% -ində cinsi disfunksiya aşkar etdi (Lauman et al., 1999). 944 cinsi aktiv cütü araşdıran bir araşdırmada Zhang və digərləri (2014), qadınlarda hər hansı bir sahədə qadınlarda cinsi disfunksiya varlığını 27%, kişilərdə isə 5% olaraq bildirdilər. Menopoz vəziyyət, yaş, riskli komorbid vəziyyətlərin olması, qadın cinsi disfunksiyasının tərfi və qiymətləndirmə vasitələri və s. tezlik məlumatlarını əhəmiyyətli dərəcədə dəyişir. Məsələn, sidik qaçırma problemi olan qadınlarda cinsi problemlər nisbəti %55 olarkən, sidik qaçırma problemi olmayan qadınlarda bu nisbətin %42 olduğu təsbit edilmişdir (Su et al., 2015).

Qadın cinsi disfunksiya (QCD) qadınların 30-50%-ni yaşa bağlı, mütərəqqi, davamlı və ya təkrarlanan cinsi istək və ya reaksiya pozuntusu kimi müəyyən edilir (Trash et al., 2004 və Kadıoğlu ve başk., 2006).

Qadın cinsi disfunksiya (QCD) qadında cinsi istək və reaksiyanın azalmasına və ya tamamilə itirilməsinə səbəb olan, insanın özü üçün stresə və partnyoru ilə münasibətlərində problemlərə səbəb olan bir vəziyyətdir. Qadınlarda cinsi disfunksiya son illərdə üzərində çoxlu araşdırmaların aparıldığı bir mövzudur. Bunun əsas səbəblərindən biri də kişi cinsi disfunksiyasının müalicəsində alternativlərin artması nəticəsində QCD-nin etiologiyası və müalicəsi ilə bağlı araşdırmaların aparılmasıdır. Bu araşdırmalardan sonra bir çox problemlər ortaya çıxdı. QCD təsnifatı: Bunlar cinsi istək pozuntuları (cinsi istəyin azalması), oyanma pozuntuları (genital oyanma pozuntusu), orqazm pozuntuları, ağrılı cinsi əlaqə (disparuniya), vaginizm və ya cinsi əlaqədən asılı olmayaraq cinsiyyət orqanlarında ağrı pozuntuları kimi sıralana bilər (Hayes et al., 2006).

İyirmi doqquz ölkədə 40-80 yaş arası 13.882 qadınla aparılan araşdırmaya görə, qadınların 27 faizində cinsəlliyə maraq azalmış, 21 faizində orqazm pozuntusu, 17 faizində isə disparuniya aşkar edilmişdir 10% hallarda (Laumann et al., 2005).

Cinsi disfunksiyaların etiologiyasında həm fiziki (üzvi), həm də psixoloji səbəblər var. Bu səbəblər ayrı-ayrı olsa da, bəzən etiologiyada bu iki faktor birlikdə ola bilər. Materson və Jahsona görə qadınlarda baş verən cinsi disfunksiyaların çox az hissəsi fizioloji xəstəliklərdən qaynaqlanır.

Qadınlarda cinsi disfunksiya kişi cinsi disfunksiyalarına nisbətən daha mürəkkəb bir quruluşa malikdir. Qadınlarda cinsi istəyin əsası təkcə cinsiyyət orqanları və cinsi istək deyil, həm də cinsi əlaqəyə maneə olan emosional vəziyyətdir. Cinsi disfunksiyaların böyük hissəsi isə psixoloji səbəblərdən qaynaqlanır. Cinsi terapevt David Schnarch'ə görə cinsi funksiya bütün fiziki və psixoloji stimullardan asılıdır. Təxmin etdiyiniz kimi, fiziki stimullaşdırma bədən tərəfindən qəbul edilən taktil stimulyasiyasının miqdarıdır. Psixoloji stimullaşdırma, insanın konseptual və ya emosional olaraq yaşadığı subyektiv cinsi həyəcanın miqdarıdır. Fiziki və psixoloji stimullaşdırmanın miqdarı və keyfiyyəti insandan insana dəyişə bilər. Əgər fiziki və psixoloji stimullaşdırıcıların intensivliyi şəxsin tələbatına uyğun olmazsa cinsi oyanma və orqazmda problemlər meydana çıxar. Bu kimi problemlərin olması da cinsi disfunksiyaya səbəb olur. Cinsi disfunksiyaya səbəb olan fiziki (üzvi) və psixoloji faktorlar da vardır ki, indi onlara nəzər yetirək:

Cinsi disfunksiyanın üzvi səbəbləri – bir çox fiziki və ya tibbi vəziyyət cinsi funksiya ilə bağlı problemlər yarada bilər. Bu səbəbdən də cinsi disfunksiyadan əziyyət çəkən xəstələrə tibbi müayinə lazımdır.

Cinsi disfunksiyanın psixoloji səbəbləri – qadınlarda baş verən cinsi funksiyaların pozulmasının səbəbləri ilə bağlı inancların keçmişdən günümüze qədər dəyişdiyi görülür. Xüsusilə 1970-ci illərdə Masters və Johnsonun araşdırmaları psixoloji faktorların əhəmiyyətini ortaya qoydu. Bununla belə, bu gün biopsixososial model qəbul edilir. (Lewis et al., 2010 və Lamont et al., 2012). Məsələn, seksuallığın tabu kimi qəbul edildiyi və cinsi maarifləndirilmənin olmadığı cəmiyyətlərdə qadınlarda cinsi istəksizlik və vaginizm daha çox müşahidə oluna bilər (Yasan və Gürgeç 2008).

Cinsi disfunksiyalar yalnız bioloji amillərlə deyil, həmçinin psixoloji problemlərlə əlaqəli olan bir çox faktorlarla şərtlənmiş olur:

- Həyat tərzinin stressli və gərgin olması – yaş, iqtisadi çətinliklər və ya həyatı üçün təhlükə yaradan problemlər kimi sınıntı və kədəre səbəb olan hadisələr cinsi istəyi azalda bilər.
- Cinsi performansla bağlı narahatlığın olması – cinsi disfunksiya olan cütlüklərin əksəriyyəti cinsi təcrübə nəticəsində xoşagəlməz bir təcrübə gözləntisi olur. Bir mənfi təcrübə nəticəsində cütlük daim yeni mənfi təcrübələr gözləyir. Bu daimi problemə və ya cinsi maraq itkisinə səbəb ola bilər.
- Avtoritar və sərt atanın olması – araşdırmalar nəticəsində belə qənaətə gəlinib ki, vaginizmli qadınların atası avtoritardır. Həmçinin antisosial və obsessiv-kompulsiv şəxsiyyətə malik ataların olmasının vaginizmin yaranmasına təsiri bildirilmişdir.
- Qatı dini və əxlaqi inancların olması - bəzi insanlar cinsi həyatının olmasını günah və ayıb olaraq qəbul edir və övladlarını bu inanclarla tərbiyə edirlər. Yetkin olduqdan sonra isə cinsi istəklərini basdırırlar. Bu səbəbdən də cinsi həyatlarında bir çox problemlə üzləşirlər. Dini və əxlaqi dəyərlər bütün cinsi maraqlarda və münasibətlərdə günah və utanc doğurur.
- Günahkarlıq hissi - müxtəlif səbəblərdən qaynaqlanan günahkarlıq hissi cinsi funksiyalara təsir edə bilər. Məsələn, partnyoruna öz cinsi istəyini bildirməsinə qarşı günahkarlıq duyğusu yarana bilər.
- Bədən imicinə dair narahatlıqlar – öz bədən quruluşunu bəyənməmə məhz cinsi həyatda bir sıra problemlərlə qarşılaşmaya səbəb olur.
- Psixiatrik pozuntuların olması – bir çox psixiatrik pozuntuların olması, xüsusilə depressiya cinsi istəyi azaldır və ya müvəqqəti olaraq yox edir. Hətta belə bir sual meydana çıxır. “Cinsi disfunksiya və depressiya arasındakı səbəb – nəticə əlaqəsi hansı istiqamətdə inkişaf edir?” Yəni yalnız psixiatrik pozuntuların olması cinsi disfunksiyaya səbəb deyil, həmçinin cinsi

disfunksiyalar da psixiatrik pozuntulara səbəb ola bilər. Depressiyadan əlavə digər psixiatrik pozuntular da, məsələn, ümumiləşdirilmiş təşviş pozuntusu, fobiyalar, xüsusilə cinsiyyətə əlaqəli obsessiv-kompulsiv pozuntu, travma sonrası stress pozuntusu, təşviş pozuntusu cinsi istəyə təsir edir.

- Şəxsiyyət pozuntularının olması – cinsi disfunksiyalara səbəb olan faktorlardan biri də budur. Bildiyimiz kimi DSM-V-TR-ə əsasən 12 şəxsiyyət pozuntusu qeyd olunub (DSM, 2022). Hər birinin cinsi həyatında müəyyən qədər problemlər baş verir. Məsələn, şizoid şəxsiyyət pozuntusu ümumiyyətlə ünsiyyəti sevmədiyi üçün bu onun cinsi həyatına da proyeksiya edilmişdir, yəni onlarda cinsi istək azlığı müşahidə olunur. İsterik şəxsiyyət pozuntusu olan insanların əksəriyyəti oyanma və orqazm problemləri kimi cinsi disfunksiyalar yaşayır. Yaşadıqları cinsi yaxınlıq isə isterik insanlar üçün yalnız diqqət mərkəzində olduğunu və sevildiyini hiss etməkdir.
- Evlilikdə baş verən problemlərin olması və ya partnyorlar arasında ünsiyyətin kifayət qədər olmaması. Qadın və kişi arasındakı ünsiyyət sağlam olmadığı üçün bir-birlərinə nə istədiklərini, onları nəyin narahat etdiyini deyə bilmədikləri üçün partnyoruna qarşı aqressiya yaranar və nəticə etibarilə də rəddedilmə hissi formalaşmağa başlayar. Bu səbəbdən də cinsi istəksizlik, cinsi oyanma problemləri meydana çıxır.
- Psixoseksual inkişaf dövrləri ilə bağlı problemlərin olması – edip, elaktra kompleksinin olması.
- Cinsəllik haqqında şişirdilmiş gözləntilərin olması və ya cinsəllik ilə bağlı məlumatsızlığın olması.
- Keçmişdə baş vermiş cinsi travmanın təsirlərinin olması və s. daxildir.

Qeyd edildiyi kimi, cinsi disfunksiyaya səbəb olan amillər multifaktorialdır və onlar arasında mürəkkəb əlaqə mövcuddur. Cinsi disfunksiyanın baş vermə mexanizmini daha yaxşı başa düşməyin ən yaxşı yolu bu pozuntuya meyl yaradan, səbəb olan və davam etdirən amilləri aşkar etməkdir.

1. Cinsi disfunksiyaya meyl yaradan amillərə aiddir:

a) Tərbiyə mühiti – çox sərt və ya mühafizəkar mühitdə tərbiyə olunaraq cinsəlliyin tabu kimi öyrədilməsi, əks cinslə əlaqənin qadağan edilməsi, xüsusilə inkişaf dövründə qızların “qadın bədənini” ilə bağlı mənfi mesajlar verməsi nəticəsində insanların öz bədənələrinə və cinsi həyatına, dolayısı ilə cinsi həyata utanc və günahkarlıq hiss etmək və həyat yoldaşları ilə arasında problemlər yaradır.

b) Toksik ailə münasibətləri – insanın böyüdüüyü ailə mühitində valideynlərin bir-biri ilə, həmçinin övladları ilə olan mənfi münasibətlərinin olmasından əlavə, müsbət emosiyaları ifadə edə bilməməsi də partnyoru ilə münasibətlərinə və gələcəkdə cinsi həyatına mənfi təsir göstərir.

c) Qeyri-adekvat və yanlış cinsi məlumatın olması – cinsi əlaqə ilə bağlı qeyri-kafi və ya yanlış məlumatın olması insanları cinsi həyatları ilə bağlı yanlış gözləntilərə salır. Aparılan araşdırmalar nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, vaginizmli qadınların təxminən yarısının özlərinin və həyat yoldaşlarının cinsi bilik səviyyəsi aşağıdır. Seksuallıq haqqında bəzi yanlış təsəvvürlər mövcuddur. “Cinsi aktı başlandı qadın əxlaqsızlıqdır”, “Masturbasiya çirklidir, pisdir və zərərlidir”, “Bütün fiziki yaxınlıqlar cinsi əlaqəyə getməlidir” kimi inancları olması cinsi həyata mənfi təsir edir.

d) Erkən travmatik cinsi təcrübələrin olması.

e) Həyat tərzini – gərgin və stresli həyat tərzinin olması, iş və ya iqtisadi çətinliklər nəticəsində yaranan mənfi hisslər və düşüncələrin olması aiddir.

2. *Cinsi disfunksiyaya səbəb olan amillər* – doğuş, partnyorlar arasında ümumi münasibətlərin pozulması, xəyanət, şişirdilmiş gözləntilər, depressiya və təşviş, üzvi xəstəliklərin yaranması, travmatik cinsi təcrübə, cinsi miflər, partnyorda disfunksiya, aldatma və s.

3. *Cinsi disfunksiyanın davam etdirən amilləri* – performans narahatlığı, uğursuzluq gözləntiləri, günahkarlıq hissləri, tərəfdaşlar arasında cəlbediciliyin itməsi, partnyorlar arasındakı ünsiyyət problemlərinin olması, qeyri-adekvat və yalan cinsi məlumat, qeyri-adekvat cinsi stimullaşdırıcının olması, psixiatrik pozuntuların olması və s.

Cinsi disfunksiyalara səbəb olan amillərin hər biri haqqında nəzəri məlumat əldə etdik. Bəs cinsi disfunksiyanın növləri hansılardır? İndi isə psixiatrik pozuntuların diaqnostikasında bütün dünyada istifadə edilən DSM-5-TR (Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatı, yenidən işlənmiş beşinci nəşri) və İCD-11 (Beynəlxalq Təsnifat) Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, Xəstəliklərin 11-ci Təsnifatına əsasən, qadın cinsi funksiyalarının pozuntularına ətraflı nəzərdən keçirəcəyik.

Ümumiyyətlə bütün cinsi pozuntular DSM-V TR-ə görə 3 qrupa ayrılır (DSM, 2022):

- I. Cinsi pozuntu (parafiliya)
- II. Cinsi kimliyindən narazı olmaq və ya cinsi kimlik (şəxsiyyət) pozuntuları
- III. Cinsi disfunksiyalar

Cinsi pozuntu (parafiliya) - bir insanla cinsi əlaqə yolu ilə orqazma çatmağa yönəlmiş cinsi fəaliyyət kimi təyin olunan "normal" cinsi aktdan davamlı və təkrarlanan sapmanın olmasıdır. Beləki, cinsi oyanmaq üçün təkrarlanan və intensiv cinsi istəklər, fantaziyalar və qeyri-adi obyektlər, hərəkətlər və ya vəziyyətlərlə əlaqəli davranışlara ehtiyac duyduğu zaman

baş verən pozuntulardır. Zaman-zaman edilən müxtəlif cinsi fəaliyyətlər parafiliya hesab edilmir. Parafiliya adlandırmaq üçün insan ancaq məcburi və təkrarlanan şərtlər altında orqazm ola bilməlidir:

1. Uyğun olmayan cinsi obyektlərdən istifadə: uşaqlar, heyvanlar, meyitlər, əşyalar vəs.
2. Bədənin digər hissələrinin istifadəsi: anal seks, oral seks və s.
3. Məcburi xarici şərtlərin olması: fetişizm, transvestizm, sadomazoxizm və s.

Cinsi kimlik pozuntuları və ya cinsi kimliyindən narazı olmaq - cinsi kimlik bir cinsiyyət daxilində insanın özünü dərk etməsidir. Başqa sözlə, insanın özünü “qadın” və ya “kişi” kimi dəyərləndirməsidir. Cinsi kimliyindən narazı olan şəxslər isə öz bioloji cinsinə qarşı davamlı narazı olur. Uşaqlıqdan başlayaraq şəxs öz cinsi orqanlarından imtina edərək, əks cinsin cinsi kimliyinə uyğun rəftar, davranış və rollar mənimsəməyə başlayır. Qarşı cins kimi geyinmək, oynamaq və davranmaq istəyir və cinsini həmişəlik dəyişmək istəyir. Heç vaxt mənsub olduğu bədənin cinsindən razı olmur.

Cinsi disfunksiyalar – yetkin insanların şəxsi məmnuniyyət verici, məcburi olmayan cinsi fəaliyyətlər yaşamaqda çətinlik çəkə biləcəyi müxtəlif yolları əhatə edən sindromlardır.

Cinsi reaksiya psixoloji, şəxsiyyətlərə, sosial, mədəni və fizioloji proseslərin kompleks qarşılıqlı təsiridir və bu amillərdən biri və ya bir neçəsi cinsi reaksiyanın istənilən mərhələsinə təsir göstərə bilər. Cinsi disfunksiya sayılması üçün disfunksiya:

1. Tez-tez baş verməlidir, baxmayaraq ki, bəzi hallarda olmaya bilər
2. Ən azı bir neçə ay davam etməlidir
3. Klinik cəhətdən əhəmiyyətli sınıxıntı ilə əlaqəli olmalıdır. (İCD, 2022)

Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatı, yenidən işlənmiş beşinci nəşrində (DSM-5-TR) cinsi disfunksiya müxtəlif dəyişikliklərlə əvəz edilmişdir. Qadınlarda görülən cinsi disfunksiya *cinsi istək, oyanma, orqazm və bitmə* kimi cinsi funksiya sahələrində bir və ya bir neçə pozuntunun olması və bu pozuntuların səbəb olduğu əhəmiyyətli subyektiv narahatlıqla müəyyən edilir.

DSM-V-TR qadında baş verən cinsi disfunksiyaları üç əsas başlıq altında araşdırılır (DSM, 2022):

1. Qadında cinsi maraq və ya oyanma pozuntusu 302.72
2. Cinsiyyət orqanlarında-çanaqda ağrı 302.76
3. Qadında orqazm pozuntusu 302.72

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatında (XBT 11) isə təsnifatı belədir (İCD, 2022):

- HA00 Hipoaktiv cinsi istək disfunksiyası

- HA01 Cinsi oyanma disfunksiyaları
- HA02 Orgazm disfunksiyaları
- HA2 Cinsi ağrı pozuntuları

Qadınlarda cinsi disfunksiya - həyat keyfiyyətini aşağı salan, özünə hörmətini və şəxsiyyətlərarası münasibətlərini mənfi təsir edən, cinsi istək, oyanma, orqazm, cinsi ağrı kimi bütün problemləri ehtiva edən psixoseksual xəstəliklər qrupudur.

R.Rozenin sözlərinə görə, qadınların 43%-i bir cinsi problemdən şikayətlənir, sorğuda iştirak edənlərin 11-33%-i isə konkret problem kateqoriyasına düşür (Rosen və b., 2000).

Milli Sağlamlıq və Sosial Həyat Tədqiqatına görə, qadınların 43%-i il ərzində bir növ cinsi disfunksiya yaşayır (Lauman et al., 1999).

Qadınlarda olan cinsi disfunksiyalar – cinsi reaksiya mərhələləri ilə əlaqəli disfunksiyalar və cinsi reaksiya mərhələləri ilə əlaqəli olmayan cinsi disfunksiyalar olmaqla 2 qrupa bölünür.

1. Cinsi reaksiya mərhələləri ilə əlaqəli disfunksiyalara aiddir:

- İstək mərhələsinə uyğun olaraq: cinsi istək pozuntuları
- Oyanma mərhələsinə uyğun olaraq: cinsi oyanma pozuntuları
- Orqazm mərhələsinə uyğun olaraq: orqazm pozuntuları

2. Cinsi reaksiya mərhələləri ilə əlaqəli olmayan cinsi disfunksiyalara aiddir:

- Cinsi ağrı pozuntuları: vaginizm və disparuniya
- Digər (başqa cür təyin olunmamış) cinsi disfunksiyalar

DSM-5 TR və XBT 11-ə əsasən cinsi disfunksiyalara nəzər yetirək:

Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının yenidən işlənmiş beşinci nəşrində (DSM-5-TR) isə qadında cinsi maraq və ya oyanma pozuntusunun (302.72) kriteriyaları aşağıdakı kimidir (DSM, 2022):

A. Aşağıdakılardan ən azı üçünün olması ilə cinsi maraq və ya oyanmanın olmaması və ya nəzərə çarpacaq dərəcədə aşağı olması:

1. Cinsi fəaliyyətə az və ya heç maraq göstərməmək.
2. Cinsi düşüncələr və ya fantaziyaların olmaması və ya çox az olması.
3. Cinsi fəaliyyətin başlamaması və ya çox az başlaması, partnyorunun başlatma cəhdlərinə cavab verməməsi.
4. Demək olar ki, hər cinsi əlaqədə (təxminən 75-100%) (müəyyən hallarda və ya ümumi olduqda bütün hallarda), cinsi fəaliyyət zamanı cinsi eyforiya və ya əyləncə olmaması və ya çox az olması.

5. İstər daxili, istərsə də xaricdən gələn istənilən cinsi simvollara (məsələn, yazılı, şifahi və ya vizual) qarşı cinsi maraq/stimulyasiya az və ya çox az olması.
6. Hər cinsi əlaqədə (təxminən 75-100%) (müəyyən hallarda və ya bütün hallarda), cinsi fəaliyyət zamanı cinsiyyət orqanlarında və ya ondan kənarında hisslərin olmaması və ya çox az olması.
- B. A meyarındakı simptomlar ən azı 6 ay davam edir.
- C. A meyarındakı simptomlar fərddə klinik cəhətdən əhəmiyyətli narahatlığa səbəb olur.
- D. Bu cinsi disfunksiya qeyri-cinsi mənşəli psixi pozuntu ilə yaxşı izah olunmur və ya ciddi münasibət pozuntusundan (məsələn, tərəfdaşın güc tətbiqi) və ya digər əhəmiyyətli stress yaradan amillərdən qaynaqlanmır, maddə və ya dərmanla və ya digər sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqəli olmur.

Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının yenidən işlənmiş beşinci nəşrində (DSM-5-TR) qadın orqazm pozuntusunun (302.72) kriteriyaları aşağıdakı kimidir (DSM, 2022):

- A. Hər cinsi fəaliyyətdə (təxminən 75-100%-ində) (müəyyən hallarda və ya bütün hallarda) aşağıdakı simptomlardan birinin olması:
1. Orqazmda nəzərə çarpacaq gecikmə, nəzərə çarpacaq dərəcədə orqazmın olmaması.
 2. Orqazm hisslərinin çox aşağı intensivliyi.
- B. A meyarındakı simptomlar ən azı təxminən 6 ay davam etməlidir.
- C. A meyarındakı simptomlar şəxsə klinik cəhətdən əhəmiyyətli narahatlıq yaradır.
- D. Bu cinsi disfunksiya, qeyri-cinsi mənşəli psixi pozuntu ilə daha yaxşı izah olunmur və ya ciddi münasibət pozuntusundan (məsələn, tərəfdaşın güc tətbiqi) və ya digər əhəmiyyətli stress yaradan amillərdən qaynaqlanmır, maddə və ya dərmanla və ya digər sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqəli deyildir.

Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının yenidən işlənmiş beşinci nəşrində (DSM-5-TR) Cinsiyyət orqanlarında-çanaqda ağrı pozuntusunun (302.76) kriteriyaları aşağıdakı kimidir (DSM, 2022):

- A. Aşağıdakılardan birində (və ya bir neçəsində) davamlı və ya təkrarlanan çətinliyin olması:
1. Cinsi əlaqə zamanı vaginaya daxil olma.
 2. Vaginaya daxil olma cəhdləri və ya daxil olmaq zamanı vulvovaginada və ya çanaqda əhəmiyyətli ağrının olması.

3. Vaginal penetrasiyanı gözləyərkən və ya penetrasiya zamanı və ya onun nəticəsində yaranan vulvovaginada və ya çanaq nahiyəsində ağrı ilə bağlı nəzərəçarpacaq qorxu və ya narahatlığın olması.
4. Vaginal penetrasiya cəhdi zamanı çanaq dibinin əzələlərini çox sıxılması (gərginləşməsi).
 - B. A meyarındakı simptomlar ən azı təxminən 6 ay davam etməlidir.
 - C. A meyarındakı simptomlar şəxsdə klinik cəhətdən əhəmiyyətli narahatlıq yaradır.
 - D. Bu cinsi disfunksiya, qeyri-cinsi mənşəli psixi pozuntu ilə daha yaxşı izah olunmur və ya ciddi münasibət pozuntusundan (məsələn, tərəfdaşın güc tətbiqi) və ya digər əhəmiyyətli stress yaradan amillərdən qaynaqlanmır, maddə və ya dərmanla və ya digər sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqəli deyildir.

Yuxarıda Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının yenidən işlənmiş beşinci nəşrinə (DSM-5-TR) əsasən təsnifatını qeyd etdik. İndi isə Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatına (XBT 11) əsasən qadınlarda olan cinsi disfunksiyalara nəzər yetirək:

Qadınlarda cinsi istək pozuntusu və ya hipoaktiv cinsi istək disfunksiyası HA00 (XBT-11) - Vaginizmdən sonra ən çox rast gəlinən problemlərdən biridir. Qadınlarda kişilərə nisbətən daha çox rast gəlinməkdədir. Davamlı və təkrarlanan cinsi fəaliyyət üçün cinsi fantaziya və istəyin olmaması və ya zəif olduğu zaman diaqnoz qoyulur. Cinsi münasibət istəyi ilə yanaşı, cinsi xəyallar qurmaq, cinsəllik ilə bağlı maraqlanmaq, erotik stimullara baxmaq istəyi ya yoxdur, ya da çox nadir hallarda baş verir. Bu zaman onlar hər hansı cinsi fəaliyyətə başlamaq və ya partnyorunun başladığı hər hansı cinsi fəaliyyətdə iştirak etmək istəmirlər və ya daha az həvəsli olurlar. Cinsi münasibət və ya masturbasiya zamanı islanma, vaginanın genişlənməsi, süd vəzilərinin böyüməsi kimi cinsi həyəcan əlamətləri ya zəif müşahidə olunur, ya da heç müşahidə olunmur. Həmçinin cinsi həzzin zəif olması nəticəsində orqazm çox vaxt baş vermir.

Bəzi cinsi istəyi olmayan qadınlar cinsi münasibətə demək olarki yalnız evliliyi davam etdirmək üçün dözürlər. Əslində isə cinsi münasibətdən nifrət edirlər, bunun qorxunc və ya iyrənc olduğunu düşünürlər. Partnyorunun bu münasibətdən məmnun olması, özünün isə heç bir duyğunun yaranmamasına görə partnyoruna qarşı aqressiya, qısqançlıq kimi duyğular formalaşır və beləliklə qadın cinsi münasibətdən dolayı yollarla qaçınmağa başlayır.

Cinsi istək pozuntusu olan qadınlar 2 qrupa ayrılır (İCD, 2022):

1. Birincil cinsi istək pozuntusu – heç vaxt heç bir şəxs ilə cinsi həzz yaşamamış qadınlar qrupu

2. İkincil cinsi istək pozuntusu – bir zamanlar cinsi qıcıqlandırılmaya az da olsa reaksiya vermiş qadınlar qrupudur. Bu qrupa aid olan qadınlar sadəcə bəlli bir situasiyalarda cinsi reaksiya verə bilirlər.

XBT-11- ə əsasən hipoaktiv cinsi istək disfunksiyası aşağıdakılardan hər hansı biri ilə təzahür edən cinsi fəaliyyətlə məşğul olmaq istəyinin və ya motivasiyasının olmaması və ya nəzərə çarpacaq dərəcədə azalması ilə xarakterizə olunur (İCD, 2022):

- 1) Kortəbii istəklərin azalması və ya olmaması (seksual düşüncələr və ya fantaziyalar)
- 2) Cinsi stimullara qarşı həssaslığın azalması və ya olmaması
- 3) Cinsi fəaliyyətə başladıqdan sonra istək və ya marağı davam etdirə bilməmək

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatında (XBT-11) cinsi istək pozuntusunun təsnifatı (İCD, 2022):

- **HA00.0 Hipoaktiv cinsi istək disfunksiyası, ömür boyu, ümumiləşdirilmiş** - Şəxs müvafiq cinsi fəaliyyətə başladığı andan etibarən həmişə hipoaktiv cinsi istək disfunksiyasını yaşayır və masturbasiya da daxil olmaqla bütün hallarda cinsi istək yoxdur və ya azalır.
- **HA00.1 Hipoaktiv cinsi istək disfunksiyası, ömür boyu, situativ**- Şəxs həmişə müvafiq cinsi fəaliyyətə başladığı andan etibarən hipoaktiv cinsi istək disfunksiyası ilə üzləşir, lakin bu situativ xarakter daşıyır.
- **HA00.2 Hipoaktiv cinsi istək disfunksiyası, qazanılmış, ümumiləşdirilmiş** - şəxs müvafiq cinsi fəaliyyətə başladığı andan sonra meydana çıxmış və masturbasiya da daxil olmaqla bütün hallarda cinsi istəyin olmaması halıdır.
- **HA00.3 Hipoaktiv cinsi istək disfunksiyası, qazanılmış, situativ** – şəxs müvafiq cinsi fəaliyyətə başladığı andan sonra meydana çıxmış, bəzi şərtlərdə və ya bəzi situasiyalarda cinsi istəyin olmaması və ya azalması halıdır.

Araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, cinsi istəksizlik müxtəlif səbəblərlə əlaqəlidir. Bu səbəblərə aiddir:

1. Bioloji səbəblər
2. Psixoloji səbəblər

Cinsi oyanma pozuntusu və ya cinsi oyanma disfunksiyaları HA01 (XBT 11) - cinsi fəaliyyətin oyanma mərhələsində gözlənilən fizioloji dəyişikliklərin olmaması ilə əlaqəli olan bir pozuntudur. Normalda oyanma mərhələsində cinsi orqanlara yönələn qan axını və damarlarda baş verən dəyişikliklər vaginanın genişlənməsinə və islanmasına səbəb olur. Cinsi oyanma pozuntusunda bütün qıcıqlandırma cəhdlərinə baxmayaraq qeyd olunan fizioloji dəyişikliklər baş vermir və oyanma ilə bağlı xoş duyğular alınmır. Əgər problem başqa

psixiatrik problemə görə inkişaf edibsə, oyanma pozuntusu diaqnozu qoyulmur. Bu pozuntu tez-tez zəif cinsi istək və orqazm pozuntuları ilə birgə müşahidə olunur, yəni təcrid olunmuş bir problem olaraq ortaya çıxması çox nadirdir. Ancaq menopauza və doğuşdan sonra baş verən hormonal dəyişikliklər nəticəsində yarana bilər.

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatında (XBT-11) cinsi oyanma pozuntusunun təsnifatı aşağıdakı kimidir (İCD, 2022):

- **HA01.00 Qadın cinsi oyanma disfunksiyası, ömür boyu, ümumiləşdirilmiş** - Şəxs, müvafiq cinsi fəaliyyətə başladığı andan hər zaman cinsi oyanma disfunksiyasını yaşayıb və istənilən cavab hal-hazırda yoxdur, həmçinin masturbasiya da daxil olmaqla, bütün hallarda azalıb.
- **HA01.01 Qadın cinsi oyanma disfunksiyası, ömür boyu, situativ** – Şəxs, müvafiq cinsi fəaliyyətə başladığı andan etibarən həmişə cinsi oyanma disfunksiyasını yaşamışdır və arzu olunan reaksiya hazırda bəzi şərtlərdə, bəzi tərəfdaşlarla və ya bəzi stimullara cavab olaraq yoxdur və ya azalmışdır, lakin digər vəziyyətlərə aid deyil.
- **HA01.02 Qadın cinsi oyanma disfunksiyası, qazanılmış, ümumiləşdirilmişdir** – Qadın cinsi oyanma disfunksiyasının başlanğıcı, insanın bunu yaşamadığı və istənilən reaksiyanın hazırda mövcud olmadığı və ya masturbasyon da daxil olmaqla bütün hallarda azalması bir müddət sonra baş vermişdir.
- **HA01.03 Qadın cinsi oyanma disfunksiyası, qazanılmış, situativ** - Qadın cinsi oyanma disfunksiyasının başlanğıcı, insanın bunu yaşamadığı və arzu olunan reaksiyanın bəzi şərtlərdə, bəzi partnyorlarla və ya bəzi stimullara cavab olaraq hazırda mövcud olmadığı və ya azaldığı bir müddətdən sonra baş vermişdir, lakin digər hallara aid deyil.

Orqazm pozuntuları və ya orqazm disfunksiyaları HA02 (XBT 11) – qadınların ən çox şikayət etdikləri cinsi pozuntulardan biridir. Bu zaman cinsi əlaqə zamanı kifayət qədər cinsi stimullaşdırıcı olduğu halda orqazmın ola bilməməsi halıdır. Cinsi fəaliyyətdən məmnun olduğu müddətcə orqazmın olmaması problem olmaya bilər. Anorqazm olan xanımlarda taktil və ya vizual cinsi qıcıqlandırıcının təsirindən fizioloji reaksiyalar yarıb və bu vəziyyətdən məmnun olurlar. Bu cinsi qıcıqlandırıcılar orqazm olmasına təsir edəcək qədər yüksək olmasına baxmayaraq, orqazm ola bilmirlər. Daha dəqiq desək, anorqazm olan qadınlar cinsi reaksiya dövrünün plato mərhələsindən digər mərhələyə keçid edə bilmirlər. Qeyd etdiyimiz səbəblərdən əlavə bəzən də qadınlarda orqazm çətinliklərinin əsas səbəbi kişilərdə erkən boşalmanın olmasıdır. Orqazm problemi olan qadında yeni cinsi disfunksiyalar və müxtəlif psixiatrik xəstəliklərin rast gəlinmə riski daha yüksəkdir.

Cinsi ağrı pozuntuları HA02 - Cinsi ağrı pozuntuları, yetkin insanlarda cinsi fəaliyyət zamanı ağrı təcrübəsi ilə əlaqəli, tamamilə əsas tibbi vəziyyətə, qadınlarda kifayət qədər yağlanmaya, yaşa bağlı dəyişikliklərə və ya menopozla əlaqəli dəyişikliklərə aid olmayan nəzərəçarpacaq və davamlı və ya təkrarlanan çətinliklərə aiddir.

Cinsi ağrı və ya ağrı qorxusu da iki yerə bölünür.

1. Vaginizm
2. Disparuniya

1. Vaginizm - Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının yenidən işlənmiş beşinci nəşrində (DSM-5-TR) cinsiyyət orqanlarında çanaqda ağrı, içə alma pozuntusu kimi təsnif edilir. Cinsi əlaqə zamanı vaginaya daxil olmaqda çətinlik, vaginal penetrasiya cəhdləri zamanı vulvovaginada və ya çanaqda ağrı, vaginal penetrasiya cəhdləri zamanı vulvovaginada və ya çanaqda ağrı hiss etməkdən narahatlıq və ya qorxu və vaginal yolla çanaq dibinin əzələlərinin həddindən artıq gərginliyi və ya dartılması ilə xarakterizə olunan psixiatrik pozuntudur. Bu simptomlar ən azı təxminən 6 ay davam edir və şəxsdə klinik cəhətdən əhəmiyyətli narahatlıq yaradır.

Helen Singer Kaplana görə:

- Vaginizm nadir bir xəstəlikdir və vaginal penetrasiya cəhdləri vaginal girişin qeyri-iradi spastik daralmasına səbəb olur və cinsi əlaqəni qeyri-mümkün edir.

Amerika Psixiatrlar Assosiasiyasının məlumatına görə:

- Vaginizm, qeyri-iradi spazmlar nəticəsində cinsi əlaqənin uğursuzluğudur.

Vaginizm müxtəlif müəlliflər tərəfindən qadınların şəxsiyyət xüsusiyyətləri, psixopatoloji vəziyyətləri, psixoseksual inkişafı, patologiyada rol oynayan əzələ qrupları və onların təzahürləri baxımından təsnif edilmişdir.

Britaniya Cinsi Sağlamlıq və HIV Dərnəyinin Cinsi Disfunksiya İşçi Qrupu vaginizmin baş verdiyi şərtlərə görə vaginizm növlərini irəli sürmüşdür. Müvafiq olaraq, vaginizm beş alt qrupa bölünür (Crowley et al., 2006). Vaginizmin növlərini nəzərdən keçirək:

- a) Ömür boyu – ilk dəfə cinsi münasibətdə olarkən meydana çıxır və qadının heç bir zaman cinsi münasibətdə ola bilmədiyi vəziyyətdir. Yəni, davamlı olaraq cinsi akt zamanı vaginal əzələnin spazm olması halıdır. Başlıca səbəbi qorxudur.
- b) Qazanılmış - əvvəl uğurlu və ya uğursuz da olsa cinsi münasibətdə olmuş, lakin sonra vaginizm meydana çıxmışdır. Səbəbi travma və ya fizioloji xəstəliyin olması ilə əlaqədardır. Lakin fizioloji problem aradan qaldırılmasına baxmayaraq yenə də cinsi münasibət olmayacaqdır.
- c) Davamlı – hər hansı bir cinsi münasibət cəhdi zamanı baş verir.

- d) Ümumi – vəziyyətdən və ya tərəfdaşdan asılı olmayaraq baş verir.
- e) Situativ – yalnız müəyyən vəziyyətlərdə və partnyorlarda baş verir.

A. M. СВЯДОЩ (2003) vaginizmin iki formasını müəyyən edir:

1. Fobik - bu tip vaginizm qadının patoloji intim qorxusu ilə müşayiət olunur. Bəzi hallarda xəstə davranışının absurdluğunu başa düşür, lakin bununla bağlı heç bir şey yoxdur. Cinsi əlaqə zamanı qorxu bir neçə dəfə artır, bu da ombaların konvulsiv sıxılmasına və vagina girişinə yaxın əzələlərin daralmasına səbəb olur. Qışqırıqlar və tələblər yalnız vəziyyəti daha da ağırlaşdırır, bir qadında panik atak ola bilər. Risk qrupuna şübhəli və asanlıqla həyəcanlanan şəxslər, həmçinin qan qrupuna qarşı dözümsüz olanlar daxildir.
2. İsterik - vaginizmin bu forması xəstənin müəyyən bir kişi ilə yaxınlıq etmək istəmədiyi halda inkişaf edir. Onunla cinsi əlaqə o qədər xoşagəlməzdir ki, onun şüuraltı xəstəliyi uydurur.

A. M. СВЯДОЩ (2003) müşahidələrinin nəticələrinə əsasən, vaginizmin şiddətindən asılı olaraq, onun üç dərəcəsini ayırmağı təklif edir:

I dərəcə - reaksiya (müvafiq əzələlərin spazmı) cinsi əlaqə zamanı kişi cinsiyyət orqanını vaginaya daxil edildikdə və ya həkim vaginaya alət və ya barmağı daxil etdikdə baş verir. Vaginizmin bu mərhələsinə gəldikdə, xəstələr kişinin əli və ya cinsiyyət orqanı ilə klitorisə stimullaşdırılmasına icazə verirlər, həmçinin onun intralabial yolla (kiçik cinsiyyət dodaqları arasında) cinsi əlaqəyə girməsinə icazə verirlər, lakin penisin cinsiyyət orqanına daxil olmasına icazə vermirlər. Bu hallarda “qüsursuz konsepsiya” (qızlıq pərdəsi bütöv halda hamiləlik) baş verə bilər. Bu hallarda doğuşdan sonra adətən vaginizmin simptomları yox olur.

II dərəcə - reaksiya cinsiyyət orqanlarına toxunduqda və ya onlara toxunmağı gözlədikdə baş verir.

III dərəcə - reaksiya bir cinsi əlaqə və ya ginekoloji müayinə ilə baş verir.

2. Disparuniya – ağrılı cinsi əlaqə deməkdir, yəni cinsi əlaqə zamanı təkrarlanan ağrının olmasıdır. Bu termin tibb ədəbiyyatına 1874-cü ildə R.A.Barnes tərəfindən gətirilmişdir. Barnes 19-cu əsrin tibb dünyasında cinsi əlaqə ilə bağlı bütün ağrıları bu terminlə adlandırmağı təklif edərək disparuniya sözünə üstünlük verərək və ağrıdan çox funksiyaya diqqət yetirmişdir.

Cinsi əlaqə zamanı qısa müddətli və müvəqqəti olan ağrılar disparuniya sayılmır. Bu hal psixoseksual xəstəliklər qrupuna aiddir. Disparuniya vaginizm ilə birgə müşahidə edilə bilər. Həmçinin hiss edilən ağrı səbəbiylə disparuniya orqazm pozuntusu ilə birgə görülə bilər. Disparuniyası olan qadınlar tez-tez vagina, klitoris, daxili və xarici dodaqlarda ağrı hiss edirlər.

Bəzi qadınlar isə vaginanın girişində səthi ağrı hiss edə bilər, lakin penisin sonrakı girişində daha dərin ağrı hiss edə bilərlər. Ümumiyyətlə, bu ağrının qorxusu ilə, vaginal əzələlərin penis içərisinə nüfuz etməməsi üçün kifayət qədər sıx daralması ilə xarakterizə olunan "ikincili vaginizm" adlı klinik mənzərəyə məruz qala bilərlər.

Disparuniya müxtəlif səbəblərlə əlaqəli ola bilər. Bu səbəblərə aiddir:

1. Üzvi səbəblər
2. Psixoloji səbəblər

1. Üzvi səbəblər – disparuniyanın ən çox görülən səbəbləri cinsiyyət orqanlarının və ya sidik yollarının infeksiyalarıdır. Eyni zamanda cinsiyyət nahiyəsində cərrahi çapıqların olması, doğuş zamanı cırıqlar və ya kəsiklər və onların anatomiyaya uyğun bağlanmaması disparuniyaya səbəb olur. Menopozdan sonra bu bölgəni gücləndirən estrogen hormonunun azalması nəticəsində yaranan sancılar, quruluq və elastiklik itkisi xüsusilə yaşlı qadınlarda disparuniyanın səbəbidir.

2. Psixoloji səbəblər – fiziki hadisələr və xəstəliklərlə yanaşı, psixoloji səbəblər də disparuniyanın əhəmiyyətli səbəbləri sırasındadır. Bəzi hadisələrin olması, məsələn təcavüz və cinsi zorakılıq, o insanın həyatı boyu cinsi əlaqədən həddindən artıq qorxmasına səbəb olur. Bundan başqa, cinsi əlaqəni tabu kimi görmək, gənc yaşlarından müntəzəm cinsi tərbiyə vermək əvəzinə yanlış məlumat vermək, qorxulu bir hadisə kimi qəbul etmək qadınların qorxmasına və cinsi həyatdan uzaqlaşmasına səbəb olur. Bu zaman vaginizm, cinsi istək pozuntusu və disparuniya baş verir.

Avropada aparılan tədqiqata əsasən, Avropa qadınları arasında disparuniyanın 10%-ə qədər yayılması müəyyən edildi. Danielsson və başqaları 20-60 yaş arası 3024 respondent arasında araşdırma aparıb. Müəyyən edilmişdir ki, disparuniya simptomları ən çox 20-29 yaşda - 13%, 50-60 yaş qrupunda isə 7% hallarda baş verir (Matthiesen, Hauch 2004).

1.1.2. Vaginizmin formalaşmasında bioloji, sosial və psixoloji amillərin rolu

Vaginizm 1800-cü illərin ortalarında bir termin olaraq tibb ədəbiyyatına daxil edilsə də, bir sindrom olaraq təyin olundu və daha qədim mənbələrdə müalicə tövsiyələri işlənib hazırlanmışdı. İlk dəfə Ramesseum IV papirusunda (Costa et al., 1971) rast gəlinən vaginizm hadisələri, orta əsrlər İtaliyasının qadın həkimi Trotula Salerno (1547) tərəfindən "Ginekoloji xəstəliklər" kitabında qeyd edilmişdir.

Vaginizm ilk dəfə 1861-ci ildə ədəbiyyata Dr. Sims tərəfindən daxil olmuş və "cinsi münasibət zamanı vaginal açılışın qeyri-iradi spazmatik bağlanması" olaraq təyin edilmişdir.

Müxtəlif məlumatlara istinad edərək, Tessa Crowley və həmkarları (2006) bildirmişdir ki, vaginizm ən çox görülən qadın psixoseksual disfunksiyalarından biri hesab olunur.

Bəzən vaginizmi disparuniya ilə qarışdırırlar, lakin vaginizm ilə disparuniya arasında fərq vardır. Belə ki, vaginizmdə əzələlərin daralması səbəbindən tam cinsi əlaqə mümkün olmur. Disparuniyada isə kifayət qədər cinsi oyanmanın olmaması və vaginada quruluğun olması səbəbindən cinsi münasibət ağırlı keçir. Həmçinin vaginada fizioloji problemlərin olması nəticəsində də cinsi münasibət ağırlı keçə bilər. Günümüzdə bir çox qadın məhz vaginizmdən əziyyət çəkir.

Vaginizmin rast gəlinmə tezliyi ilə bağlı çox müxtəlif məlumatlar var. Bir dərsliyə görə, qadınların 0,5% -i bu xəstəlikdən əziyyət çəkir. R. Acour və b. (2019) qeyd edir ki, vaginizm qadın əhalisinin 1%-ə qədərini təşkil edir və çox vaxt əsas psixoloji problemin fiziki təzahürünü təmsil edir.

R. Kruks və K. Baur (2005) qeyd edir ki, ekspertlərin fikrincə qadınların təxminən 2%-i vaginizmdən əziyyət çəkir. W. Masters və b. (1998) yazırlar ki, qadınlar arasında vaginizmin tezliyi məlum deyil, lakin onların məlumatlarına görə bu, qadınlarda olan bütün cinsi pozuntuların 10%-dən azını təşkil edir və gənc qadınların 2-3%-i bundan əziyyət çəkir.

Məraşədə aparılan bir araşdırma qadınların 6,2%-nin vaginizmdən şikayət etdiyi müəyyən edildi (Kadri et al., 2002).

İranda ginekoloqa müraciət edən qadınların 12%-nin ən azı 50%-də, 4%-nin isə vaginizmdən əziyyət çəkdiyi müəyyən edilmişdir (Shokrollahi et al., 1999).

Vaginizmin tezliyi ölkələr və mədəniyyətlər arasında əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənə bilər. Z. Marşaniya (2017) bununla bağlı J. Barnsdan (1986) sitat gətirir, o bildirir ki, vaginizm Şimali Amerikada və əksər Qərbi Avropa ölkələrində olduqca nadir bir xəstəlikdir, lakin İrlandiya, Şərqi Avropa və Latın Amerikasında nadir deyil. Vurğulanmışdır ki, İrlandiyada vaginizmin yüksək yayılması İrlandiya mədəniyyətinə xas olan amillərin nəticəsi ola bilər (Wincze və b., 2001).

C. Tuğrul və E. Kabakçı (1997). Türkiyə klinikalarında vaginizmin daha yüksək faizini, 70%-i keçdiyini bildirmişdir. Onlar bunu mədəni faktorlarla əlaqələndirirlər ki, burada subay qızlarla cinsi əlaqəni müzakirə etmək qadağandır və gəlinin bakirəliyi çox önəmlidir.

Vaginizmin formalaşmasına psixoloji, fizioloji, və sosial faktorlar daxil olmaqla bir sıra amillər təsir edir. Bu səbəbdən də vaginizm psixofizioloji pozuntudur. Vaginizmə səbəb olan faktorlardan danışmadan öncə ilk olaraq vaginizmin nə olduğunu bilmək lazımdır. Vaginizmin nə olduğunu, hansı əlamətlərinin olduğunu bilməyimiz nəticəsində vaginizmin yaranmasına səbəb olan faktorları da aşkarlaya bilərik.

Vaginizm – adətən ilk dəfə cinsi münasibətdə olarkən müəyyən edilir və daha çox psixoloji səbəblərdən yaranır, vaginanın girişindəki əzələlərin spazmı nəticəsində cinsi əlaqənin qeyri-mümkün olduğu və ya son dərəcə ağrılı olduğu bir vəziyyətdir.

Vaginizm – elə bir cinsi disfunksiyadır ki, ağrı, qanaxma, qorxu və təşvişin olması səbəbindən cinsi əlaqənin mümkün olmayacağı və ya cinsi münasibət olsa belə həddindən artıq ağrılı olacağı ilə bağlı düşüncənin olması vəziyyətdir. Lakin onu da bilmək lazımdır ki, yalnız penis deyil, çox zaman barmaq, ginekoloji müayinə zamanı istifadə edilən alətlərə qarşı da vaginada spazm baş verir. Həmçinin vaginaya qeyd etdiyimiz şeylərin daxil olacağını düşündükdə və ya xəyal etdikdə də vagina əzələsində spazm baş verir.

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, vaginizm olan xanım həm öz qadınlığında əskiklik olduğunu düşünür, həm də həyat yoldaşına qarşı günahkarlıq hiss edir, yəni özlərinə və partnyorlarına qarşı günah və utanc hissi yaşayırlar. Bu səbəbdən də vaginizm olan cütlüklərdə ailədaxili münaqişələr baş verir və çox zaman depressiya və ya təşviş pozuntuları ilə nəticələnir.

Vaginizm müxtəlif səbəblərə görə inkişaf edə bilər. Bu səbəblər fiziki, psixoloji və sosial-mədəni səbəblər kimi təsnif edilir.

Fiziki və ya üzvi səbəblər (Keçe, 2021):

Qızlıq pərdəsi və vaginanın anomaliyaları;

1. Vulvar vestibulit sindromu;
2. Vaginal atrofiya və atrofiya ilə bağlı bitişmələr;
3. Vaginal əməliyyat və atrofiyaya bağlı adhesionlar;
4. Uterus prolapsusu;
5. Endometrioz;
6. İnfeksiyalar;
7. Vaginal lezyonlar və şişlər;
8. Cinsi yolla keçən xəstəliklər;
10. Pelvik qan təzyiqi anomaliyaları və s.

Psixoloji səbəblər:

Vaginizm əslində müdafiə reaksiyası olub, təcavüzkar və təhdidkar kimi qəbul edilən partnyor ilə cinsi əlaqədən imtinadır.

Vaginizimli qadınlar uşaqlıq və gənclik illərində ailələrinin yaxşı qızları rolunu mənimsəyirlər. Onlar qaydalara əməl edən, qəzəb kimi mənfi duyğularını ifadə etməyən, daim qəbul olunmağa ehtiyacı olan qadınlardır.

Malleson, vaginizmli qadınların erkən cinsi travma və ya fiziki travma aldığını iddia edir. O'Sullivan, vaginizmli qadınların əksəriyyətinin avtoritar və aqressiv atalarla böyüdüyünü irəli sürmüşdür.

Vaginizmin yaranmasına ən çox psixoloji faktorlar təsir edir. Əgər vaginizmin yaranmasına fizioloji faktor yoxdursa, psixoloji səbəbdən dolayı vaginizm meydana çıxıbsa bu “psixogen vaginizm” adlanır. Psixogen vaginizmin yaranma səbəbi:

- Qoruyucu, avtoritar atanın olması;
- Ata-qız münasibətlərində problemlərin olması;
- Zəif və gücsüz ananın olması;
- Cinsəlliyi dəyərsizləşdirən və ya alçaldan ailə strukturunun olması;
- Cinsi orqanlardan iyrenmək və ya bəyənməmək;
- Cinsi zorakılığa məruz qalmaq- Reissing və onun həmkarları (Reissing və baş., 2003) öz nümunələrində vaginal penetrasiya (vaginismus) olan qadınlar arasında cinsi zorakılığın qurbanlarının digər qruplara nisbətən iki dəfə daha çox olduğunu müşahidə etmişlər”
- Homoseksual olma;
- İrrasional məlumat və inancların olması - cinsi əlaqənin pis olması fikri, doğru olmayan cinsi münasibətlə bağlı görüntülərin yadda qalması, qeyri-adekvat cinsi tərbiyənin olması.
- Müxtəlif qorxu və fobiyaaların olması - cinsi əlaqə zamanı ağrı qorxusu və ya ağrının gözlənilməsi, mümkün hamiləlik qorxusu, çanaq orqanlarının mümkün xəstəliklərindən qorxmaq və s. Bununla əlaqədar bir çox tədqiqatlar vardır. Beləki, vaginizm diaqnozu qoyulmuş 77 qadınla aparılan bir araşdırmada, bu qadınların 47%-nin qorxu, 10%-nin ikrah hissi, 13%-nin isə vaginal penetrasiyaya qarşı həm qorxu, həm də ikrah hissi keçirdiyi aşkar edilmişdir (Kaneko, 2001). Oktay və Tombul (2003) tərəfindən aparılan araşdırmada vaginizm diaqnozu qoyulmuş 200 qadında ağrı və şiddətli ağrı qorxusu (57%), həddindən artıq qanaxma qorxusu (31%), yırtılma və ya parçalanma qorxusu idi. (18%), penis daxilində penis qorxusu (17%), huşunu itirmək və ya ölmək qorxusu (11%) və çirkinlik və ya ikrah hissi (9%) olduğu aşkar edilmişdir. Bu araşdırmadan maraqlı bir nəticə o oldu ki, xəstələrin yalnız 18%-i ilk cinsi əlaqə zamanı həddindən artıq ağrı hiss etdiyini bildirsə də, 57%-i ağrı və ağrı qorxusu yaşadıklarını bildirdi.
- Qadının passiv və asılı olması - İnsan Seksuallığı İnstitutunda müəlliflər 120 qadınla (cinsi fəaliyyətin başlanğıcından bəri mövcud olan 40 vaginismus və 80

vaginizmi olmayan) müsahibə götürüblər. Nəticələr müəyyən etdi ki, cinsi əlaqə zamanı nəzarəti itirməkdən qorxan qadınların ağrı və ya fiziki zərərdən qorxanlara nisbətən vaginizmə yoluxma ehtimalı dəfələrlə çoxdur.

- Təşviş və ya stressin olması - ümumi narahatlıq, cinsi əlaqədən əvvəl həyəcan, əvvəlki xoşagəlməz cinsi əlaqə, cinsi əlaqəyə mənfi münasibət, günahkarlıq, emosional travma və ya cinsi əlaqə ilə bağlı digər qeyri-sağlam hisslər;
- Partniyoru ilə münasibətlərdə problemlərin olması - sui-istifadə, emosional məsafə, inamsızlıq, həssaslıq narahatlığı, nəzarətin itirilməsi və s.

Həmçinin təşviş, depressiya, obsessiv-kompulsiv pozuntu kimi psixiatrik pozuntuların və patoloji mükəmməlliyətçilik kimi əlaqələr problemlərinə meyilli olan struktur xüsusiyyətlərin ola biləcəyi düşünülür (Özdel və b., 2013).

Bodenmann və digərlərinin (2006) müxtəlif cinsi funksiya pozuntuları və psixoloji simptomların tezliyini müqayisə etmək üçün araşdırma etmişlər və müşahidə etmişlər ki, qadın cinsi disfunksiyaları arasında psixoloji problemlərin ən çox olan məhz vaginizmli qadınlardır.

Butcher isə vaginizmi bədənin ağırlı vaginal penetrasiya dövrünə vaginal reaksiyası olaraq sadaladı. Vaginal penetrasiya qorxusu qeyri-iradi əzələ spazmına və bu spazmın yaratdığı ağrıya səbəb olur. Ağrı hissi utanc və narahatlıq hissi ilə müşayiət olunur ki, bu da cinsi əlaqədən və ginekoloji müayinədən yayınmağa səbəb olur. Bu qaçınma münasibətlərin pozulmasına və ginekoloji yoxlanışına maneə olur. Belə bir dövrün olması hər bir penetrasiya ilə baş verir və "vaginal penetrasiya qorxusu" yaradır (Butcher, 1999). Şəkil 1.3 - də bu dövr göstərilmişdir.

Şəkil 1.3 Vaginizm dövrü (Butcher, 1999)



Psixogen vaginizmin yaranmasını psixodinamik yanaşma, psixoanalitik yanaşma və koqnitiv yanaşma tərəfindən izah etməyə çalışmışlar.

Psixoanalitik yanaşmaya görə, etioloji izahlı fərziyyələrdən fərqli olaraq, psixoanalitik yanaşma vaginizmdə vaginal penetrasiya ilə meydana gələn daralma reaksiyasının niyə inkişaf etdiyinə cavab verməyə çalışmır, əksinə, bədənin bu şəkildə reaksiya verməsinə səbəb olan psixoloji vəziyyətin şüursuz prosesini anlamağa çalışır. Bu yanaşmaya görə, şüursuz konfliktlərin mərkəzini çox vaxt cinsi davranışdan zərər görmə qorxusu və əks cinsə, yəni kişilərə qarşı qısqanclıq və düşmənçilik düşüncələri təşkil edir.

Psixodinamik yanaşmaya görə, vaginizmli qadınların əksəriyyəti partnyorlarına qarşı şüurlu şəkildə qəzəb və onlar haqqında ambivalent hisslər keçirir. Bu hissləri yaşayan qadınlar fərqiində olmadan partnyorlarını cinsi cəhətdən xoşbəxt etməmək və cinsi əlaqəyə icazə verməmək kimi mexanizm inkişaf etdirirlər.

Vaginizmin davranış modelinə görə, vaginal reaksiya spesifik (cinsi) stimula şərtlənmiş qorxu reaksiyasını təmsil edir.

Koqnitiv – biheviortal yanaşmaya görə, vaginizmə səbəb olan faktorlara idrak prosesləri, mənalandırma və qavramada pozuntular aiddir. İnsanın səhv şərhləri, mənfəi fərziyyələri, sərt cinsi standartları və avtomatik düşüncələrinin olması vaginizmə səbəb olur. Bu yanaşmaya görə, vaginizm ağrı gözləntisinə şərtlənmiş qorxu və ya narahatlıq reaksiyasıdır.

Sosial-mədəni faktorlar:

Cinsi davranış və inanclar sosial və mədəni təsirlərə çox açıq olduğundan cinsi disfunksiyaların strukturunda da mədəniyyətin öz təsiri vardır. Həm qərb, həm də şərq mədəniyyətində qadının bakirəliyinin qorunulmasına çox önəm verilir. Lakin şərq mədəniyyətinə nisbətən qərb mədəniyyətində vaginizm daha azdır. Çünki qərb mədəniyyətində evlilik öncəsi bakirəliyə önəm verilməsi, ailədə həddindən artıq mühafizəkar mühit azalmışdır.

Cinsi davranışlarla bağlı təlimin olmaması, qadınların öz bədənlerini tanımamaları, bakirəliyə verilən həddindən artıq önəm, cinsi münasibətin mərhələli olmayıb, bilavasitə cinsi əlaqə ilə başlaması və ümumi seksuallıq anlayışındakı tabular şərq mədəniyyətində vaginizmin daha çox görülməsinin səbəbi olaraq qəbul edilir.

Vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınların vaginizmin yaranmasına səbəb olan və təsir edən faktorlar ilə bağlı izahı Ward və Ogden (1994) tərəfindən qiymətləndirilmişdir. Vaginizmin səbəblərini qiymətləndirərkən vaginizm diaqnozu qoyulmuş 67 nəfər və daha əvvəllər də bu diaqnozu olan 22 nəfərin “cinsəliyin yanlış olduğuna inandırılaraq böyüdüldükləri” müəyyən edilmişdir. Eynilə, Tehranda vaginizm diaqnozunun daha çox

cinsiyətlə bağlı məlumat əskikliyi və ya yanlış məlumatlarla əlaqəli olduğu müşahidə edilmişdir (Shokrollahi et al., 1999).

Məlumat əskikliyi və cinsəlliklə əlaqəli inanclar – cinsi münasibətlə bağlı məlumatın olmaması və ya yanlış məlumatın öyrənilməsi nəticəsində cinsi münasibətlə əlaqədar hədsiz qayğı, günahkarlıq duyğuları, real olmayan gözləntilər məhz cinsi disfunksiyalara səbəb olur. Bu qeyd olunanlar da qadınlarda daha çox vaginizm olaraq meydana çıxır.

Bəzi miqlər var ki, onlar qadınları çox qorxudur və ilk münasibətin ağırlı keçməsinə və ya heç bir münasibətin olmaması ilə nəticələnir. Ən çox ötürülmüş miqlər (Keçə, 2021): “Penis çox böyükdür”, “Cinsi orqanım çox dardır”, “Cinsi münasibət zamanı çox ağrı olur”, “Çox qanama olur”, “Cinsi orqanın balacadırsa parçalanacaq”, “Penis içəridə qala bilər”, “Orada divar var, girə bilməyəcək” və s.

1.2. Psixi pozuntuların təsnifatı və növləri

Psixi sağlamlığın əksi psixi pozuntudur. Adətən qarşılaşdığı çətinlikləri həll edə bilən, müxtəlif şəraitlərə uyğunlaşa bilən insanlar psixi baxımdan sağlam olaraq dəyərləndirilir. Şəxsi həyatında, ailə daxilində, iş yerində yaranan çətinliklərin öhdəsindən gələ bilməyən, qarşısına qoymuş olduğu məqsədlərə çata bilməyən şəxslərdə psixi pozuntuların mövcud olduğunu düşünə bilərik. Psixi pozuntuların təzahürünə əsasən müxtəlif növləri mövcuddur. Belə ki, bu pozuntuların təsnifatı olduqca mürəkkəb və əhəmiyyətli məsələdir. Təsnifat əsasən sindromoloji prinsip (“vahid psixoz” konsepsiyası), aktual-praqmatik prinsip (beynəlxalq və yerli səhiyyə təşkilatların inkişafı ilə bağlı olan) və nozoloji prinsip (bölgü xəstəliyin etiologiyası, patogenezi və oxşar klinik mənzərəyə əsasən edilir) əsaslanır.

Psixi pozuntular əsasən geniş şəkildə “Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı”nın onuncu buraxılışında (XBT-10) təsnif edilmişdir. XBT-11 təsnifatında “Psixi, davranış və neyroinkişaf pozuntuları” 6-cı (06) bölmədə təsnif edilir. Bu bölmə öz daxilində 23 alt bölmələrdən ibarətdir. Yeni təsnifat XBT-10 təsnifatından fərqli olaraq daha dəqiq və geniş işlənmişdir. XBT-də psixi pozuntuların növlərinə əsasən ümumi bölgü aşağıdakı kimidir (İCD, 2022):

Neyroinkişaf pozuntuları (6A00-6A0Z) - Müəyyən intellektual, motor, dil və sosial funksiyaların mənimsənilməsi və istifadəsində əhəmiyyətli çətinliklərlə əlaqəli olan və inkişaf dövründə başlayan pozuntulardır.

Şizofreniya və ya digər ilkin psixotik pozuntular (6A20-6A2Z) - XBT-11-də şizofreniya və digər ilkin psixotik pozuntular qrupu XBT-10-dan şizofreniya, şizotipal və

delirium pozuntular qrupunu əvəz etmişdir. "İlkin" termini psixopatologiyanın digər formalarının (məsələn, əhval pozuntuları) aspekti kimi yarana bilən psixotik simptomlardan fərqli olaraq, psixotik proseslərin əsas xüsusiyyəti olduğunu göstərir.

Katatoniya (6A40-6A4Z) - Beyin funksiyalarının pozulması nəticəsində baş verən və insanın ətraf mühitə reaksiyasını dəyişdirən neyropsixiyatrik vəziyyətdir. Katatonik xəstələr ətrafdakı hadisələrə reaksiya vermir və ya qəribə davranışlar nümayiş etdirirlər.

Əhval pozuntuları (6A60-6A8Z) - Əhval pozuntusunun və ya remissiyanın (qismən və ya tam) cari epizodunu təyin etmək üçün müxtəlif vasitələr təqdim olunur. Depressiv, manik və qarışıq epizodlar psixotik simptomlarla birgə və ya onlar olmadan baş verə bilər. Depressiv və ya bipolyar pozuntular kontekstində mövcud depressiv epizodlar daha da şiddətlə (yüngül, orta və ya ağır) xarakterizə edilə bilər.

Təşviş və ya qorxu ilə əlaqəli pozuntular (6B00-6B0Z) - Bu qrupda əsas klinik xüsusiyyət kimi təşviş və ya qorxu ilə əlaqəli pozuntular qruplaşdırılır (XBT-11-də fobik narahatlıq, həyəcan, təşviş, mutism də bu qrupa daxil edilmişdir).

Obsesiv-kompulsiv pozuntu və əlaqəli pozuntular (6B20-6B2Z) - OKP qrupunun yaradılmasının əsas səbəbi təşviş, fobik pozuntu qrupundan fərqli olaraq, təkrarlanan arzuolunmaz düşüncələrin və əlaqəli olaraq təkrarlanan davranışların simptomlarını əsas klinik xüsusiyyət kimi qruplaşdırmağın klinik baxımdan faydalı olmasıdır. Arzuolunmaz təsəvvürlər və impulslar daxil etmək üçün obsessiv düşüncələrdən kənarında obsessiya anlayışı genişləndirilmişdir. Üstəlik, məcburiyyət anlayışı da genişləndirilmişdir, lakin bununla məhdudlaşmır, həm gizli həm də aşkarda təkrarlanan davranışları da əhatə edir. İpoxondriya ümumi fenomenologiyasına və ümumi mənşəli nümunələrinə görə, tez-tez təşviş və qorxu ilə əlaqəli olsa da, təşviş və qorxu ilə əlaqəli pozuntular qrupu arasında deyil, OKP-da yerləşir.

Xüsusilə stresslə əlaqəli pozuntular (6B40-6B4Z) - Bu qrupa stressorlara cavab olaraq baş verən müxtəlif psixi pozuntulardan yaranan pozulmalar daxildir. Əsasən də bu qrupdakı posttravmatik stress pozuntusu və uzun müddətli kədər pozuntusu üç xüsusiyyətlə müəyyən edilir. Bunlara aşağıdakılar daxildir: indiki zamanda travmatik hadisəni yenidən yaşamaq ("flashbacks"), yenidən yaşanmaya səbəb ola biləcək xatırlatmalardan qəsdən qaçmaq və indiki dövrdə davamlı artan təhlükə hissi.

Dissosiativ pozuntular (6B60-6B6Z) - Nevroloji simptomları olan dissosiativ pozuntu konseptual olaraq hərəkət və hissiyyat pozuntusu ilə uyğundur, lakin üstünlük təşkil edən nevroloji simptomlara (görmə pozuntusu, qeyri-epileptik tutmalar, nitq pozuntusu) əsaslanan on iki alt tiptən ibarət tək bir xəstəlik kimi təqdim olunur (iflic, zəiflik və s.). Dissosiativ amneziya isə seçici parametr kimi dissosiativ fuqa daxildir.

Qida pozuntuları (6B80-6B8Z) - qrupu qidalanma pozuntuları və uşaqlıq dövründə qidalanma pozuntuları alt qruplarını birləşdirir, bu pozuntuların əlaqəsini qeyd edir, həmçinin bu pozuntuların daha geniş yaş aralığında olan şəxslərə aid ola biləcəyinə dair əlamətləri əks etdirir.

Anoreksiya nervozu və bulimiya nervozu bu qrupda təsnif edilir. Etibarlılıq və klinik faydalılıq üçün empirik dəstəyə əsaslanan yemək pozuntularına endokrin pozulmaların olması tələbi artıq aradan qaldırılmışdır.

Eliminasiya pozuntuları (6C00-6C0Z) - Bu pozuntular digər sağlamlıq vəziyyəti və ya maddələrin fizioloji təsiri ilə daha yaxşı izah edilə bilən pozuntulardan fərqlənir.

Bədənin özünü dərk etməsi və bədən narahatlığı ilə əlaqəli pozuntular (6C20-6C2Z) - iki qrupu ehtiva edir: bədən narahatlığı və öz bədəninin qavranılmasının bütövlüyünün pozulması.

Qeyd etmək lazımdır ki, bədən narahatlığı pozuntusu əvvəlki somatoform pozuntularda olduğu kimi narahatedici simptomlar üçün tibbi izahatların olmamasına əsaslanmaqdan, narahatlıq və həddindən artıq düşüncə və davranışlar kimi mühüm xüsusiyyətlərin mövcudluğuna görə müəyyən edilir. Bu qrupa aid olan yeni bir diaqnoz da təqdim edilmişdir - öz bədəninin qavrayış bütövlüyünün pozulması (disforiyası).

Maddə istifadəsi və ya asılılıq yaradan davranışlar nəticəsində yaranan pozuntular (6C40-6C5Z) - Bu qrup maddə istifadəsi və asılılıq yaradan davranış pozuntuları, psixoaktiv maddələrin, o cümlədən narkotiklərin istifadəsi nəticəsində inkişaf edən pozuntuları, həmçinin təkrarlanan davranışlar nəticəsində inkişaf edən asılılıq davranışı pozuntularını əhatə edir. Maddələrdən istifadə pozuntuları üçün klinik sindromları maddələrin siniflərinə görə təsnif edilir.

Maddələrin intoksikasiyası klinik təzahürlərə və ya simptomuz maddələrə (istifadənin və ya asılılığın müəyyən edilməməsi halında tibb işçisinə müraciət üçün səbəb kimi) diaqnoz edilə bilər. Maddənin istifadəsi ilə bağlı olduqca yüksək qlobal xəstəlik yükünü nəzərə alaraq, bu qrup dəqiq monitorinq və hesabat daxil olmaqla müxtəlif kontekstlərdə faydalı olacaq və həm qarşısının alınması, həm də müalicə üçün faydalı olacaq sağlamlıq məlumatlarını optimal şəkildə təmin edilməsi üçün yenidən nəzərdən keçirilmişdir. XBT-11-də bu qrupa digər bir diaqnostik kateqoriya da daxildir: qumar asılılığı.

İmpulsiv nəzarət pozuntuları (6C70-6C7Z) - Hər iki subyektə uzun müddətli zərər vurmasına baxmayaraq, ən azı qısa müddətdə fərdi məmnuniyyət gətirən bir hərəkəti yerinə yetirmək üçün güclü bir impuls, istək və ya istəyə davamlı müqavimət göstərməməsi ilə xarakterizə olunur.

Deviant və dissosial davranış pozuntuları (6C90-6C9Z) - həyat boyu diaqnoz edilə bilməsi əsas diqqət edilməsi olan məqamdır. Proqnostik olaraq, klinik faydalılığı yaxşılaşdırmaq üçün nəzərdə tutulmuş deviant və dissosial davranış pozuntularının alt növlərini xarakterizə edən aydınlaşdırıcı kateqoriyalar da təqdim edilir.

Şəxsiyyət pozuntuları (6D10-6D11) - XBT-11 əvvəlcə klinik mənzərənin şəxsiyyət pozuntusu üçün ümumi diaqnostik meyarlara cavab verib-vermədiyini müəyyən etməyi xahiş edir. Bu qrupa şəxsiyyət pozuntuları, nəzərə çarpan şəxsiyyət xüsusiyyətləri və davranış patternləri daxil edilir (İCD, 2022):

Parafilik pozuntular (6D30-6D3Z) - XBT-11-də patafilik pozuntular qrupu elmi və klinik şəraitdə istifadə olunan müasir terminologiyaya uyğun gələn XBT-10-da cinsi üstünlük pozuntuları qrupunu əvəz etmək üçün təqdim edilmişdir.

Təqlid pozuntular (6D50-6D5Z) - Bu yeni əlavə edilən qrup öz-özünə və başqasına tətbiq edilmiş saxta pozuntunu ehtiva edən yeni qrupdur.

Bu qrupa konseptual olaraq qəsdən saxtalaşdırılan simptomlar daxildir. Buraya fərdin özünə göstərdiyi, saxtalaşdırdığı və ya qəsdən stimullaşdırdığı və ya ağırlaşdırdığı klinik vəziyyət ilə yanaşı başqa bir şəxsə (adətən uşaqlara) tətbiq etməsi də aiddir.

Neyrokoqnitiv pozuntular (6D70-6E0Z) - idraki fəaliyyətdə ilkin klinik çatışmazlıq ilə xarakterizə olunan qazanılmış şərtlərdir və simptomatik psixi pozuntular kimi təsnif edilən əksər pozuntuları da əhatə edir.

Bu qrupda neyrokoqnitiv pozuntuların koqnitiv, davranış və emosional komponentlərini, habelə onların əsasında duran səbəblər aydın şəkildə təsvir olunur.

Hamiləlik, doğuş və ya puerperium ilə əlaqəli psixi və ya davranış pozuntuları (6E20-6E2Z) - Bu qrupda psixotik simptomlar ilə birgə və bu simptomlar olmadan görülən hamiləlik, doğuş və ya puerperium ilə əlaqəli psixi və davranış pozuntuları yer alır (İCD, 2022).

Başqa yerdə təsnif edilmiş pozuntular və ya xəstəliklərin təsiri ilə görülən psixi və ya davranış pozuntuları (6E40) - Bu qrupda digər fəsillərdə təsnif edilmiş pozuntular və ya xəstəliklərlə əlaqəli psixi pozuntular, psixoloji xüsusiyyətlər, davranış pozuntuları, stress reaksiyaları və təyin edilməyən pozuntular daxildir.

Başqa yerdə təsnif edilmiş pozuntular və ya xəstəliklərlə əlaqəli ikincili psixi və ya davranış sindromları (6E60-6E6Z) - Təsnifatda son bölmə pozuntular digər müəyyən edilmiş psixi, davranış və ya neyroinkişaf pozuntuları (6E8Y) və psixi, davranış və ya neyroinkişaf pozuntuları, təyin edilməyənlərdir (6E8Z).

Müasir dövrdə həyatın tez-tez dəyişən ritmi stressli vəziyyətlər, daimi narahatlıq, əsəbilik və yuxusuzluq kimi amillər psixi pozuntulara zəmin yarada bilər. Geniş mənada psixi pozuntu standart vəziyyətlərə uyğun olmayan reaksiya nəticəsində yaranan disfunksional vəziyyətdir. Psixi pozuntular sosial uyğunlaşmaya mane olan koqnitiv, davranış və emosiyaların klinik cəhətdən əhəmiyyətli pozuntusu kimi müəyyən edilir, bu sahələrdə (koqnitiv, davranış, emosional) dəyişilmələrə səbəb ola bilər. Çox zaman bədəndə müxtəlif somatik funksiyalara da təsir edə bilər (psixosomatik).

Bir çox psixi pozuntuların isə səbəbi və mənşəyi məlum deyildir. Psixi pozuntuların yaranmasında bioloji, psixoloji və sosial amillərin hər birinin təsiri var. Psixi pozuntulara qarşı müqavimət isə fərdin fiziki öz xüsusiyyətlərindən və ümumi psixi inkişafından da asılıdır. Psixi pozuntular, ən ağır formalarda belə, müalicə oluna bilər (psixoterapiya, farmakoterapiya). Pozuntunun aşkar olunması və müvafiq psixoloji dəstəyin olması olduqca vacibdir.

1.2.1. Psixogen vaginizmlə yanaşı təzahür edən pozuntular

Psixogen vaginizm vaginaya nüfuz etməyə çalışarkən ağrılı hisslərlə müşayiət olunan ciddi bir patologiyadır. Problem gözlənilmədən inkişaf edir və nəzarət etmək mümkün olmur. Psixogen vaginizm həm fiziki, həm də emosional narahatlığa səbəb olur. Belə ki, vaginal əzələlərin qeyri-iradi sıxılması cinsi əlaqəni qeyri-mümkün edir və ya ağrı və narahatlıqla müşayiət olunur, qadın bu barədə partnyoruna danışmaqdan utanır. Bəzən spazmalara görə qadınlar aybaşı vaxtında tampondan istifadə edə bilmirlər. Psixogen vaginizm zamanı heç bir anatomik və fizioloji problem olmur. Psixogen vaginizmi aşağıda qeyd edilən problemlər ilə eyniləşdirmək olmaz:

- cinsi əlaqədə olmaq istəməmək (psixogen vaginizm zamanı cinsi əlaqə arzulanır, ehtiraslanma baş verir, vaginaya təmas olanda isə spazma olur);
- cinsi orqanın anatomik quruluşunda mövcud olan problemlər (cinsi orqan inkişafında mövcud patologiyalar);
- cinsi xəstəliklər (iltihab, çapıq formasiyalar);
- psevdovaginizm (ağrıya cavab olaraq əzələ spazması).

Psixogen vaginizm ümumi olaraq qadınların 2-3%-də inkişaf edir və hər yaşda görülə bilər. Psixogen vaginizm müalicə olunmasa cinsi zəiflik kompleks olaraq inkişaf edə bilər. Belə ki, bu diaqnoz qoyulan qadınların 90%-ində sonradan digər psixi pozuntular da təzahür edə bilər (Васильева, 2004).

Cinsi əlaqəyə girə bilməmək və cinsi əlaqə qorxusu kimi özünü göstərən psixogen vaginizm əslində aysberqin görünən tərəfidir. Bir çox vaginizm xəstələrində fərqli psixoloji problemlər təzahür edə bilər. Qadınların bir çoxunda bu psixoloji problemlər sonradan yaranır, bəzilərində isə əvvəlcədən mövcud olur. Psixogen vaginizmi müşayiət edən əsas psixoloji pozuntular vardır (depressiya, həyəcan-təşviş, OKB və s.). Bəzi psixoloji pozuntular psixogen vaginizmin görülməsindən aylar və ya illər sonra baş verə bilər. Şeinfeld H., Roşka P., Finkelştein İ. və Davis H. psixogen vaginizmin digər psixi pozuntular ilə əlaqəsini araşdırarkən, müəyyən etmişdirlər ki, psixogen vaginizm tək başına mövcud olmur, depressiya, təşviş, OKB, isteriya, stress pozuntusu da problemi müşayiət edir (Sheinfeld və baş., 2001).

Depressiv epizod (6A70) - Psixogen vaginizmdən əziyyət çəkən qadınlarda depressiyanın əlamətləri müşahidə edilir. Bəzilərində isə fərqiində olmadıqları gizli depressiya əlamətləri ola bilər. Psixogen vaginizmdən əziyyət çəkən qadınların əksəriyyəti depressiyadan əziyyət çəkir, çünki, mövcud problem haqqında danışmaqdan utanırlar. Zamanla isə bu xroniki depressiyaya (6A71) səbəb ola bilər.

Psixogen vaginizmi olan qadınlarda depressiyanın əlamətləri xüsusilə diqqət çəkir. Yıldırım E., Yıldırım M. və Karaş H. 2019-cu ildə psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda depressiya səviyyəsi və əlamətlərini tədqiq etmişdirlər (Yıldırım, 2019). Belə ki, tədqiqat zamanı müəyyən edilmişdir ki, 79,86% hallarda vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda depressiya səviyyəsi yüksəkdir. Aparılan bu tədqiqat işində digər psixi pozuntuların olduğu da müəyyən edilmişdir. Lakin, ən çox depressiv epizod nəzərə çarpacaq dərəcə yüksək müşahidə edilmişdir.

Turan Ş. 2020-ci ildə 56 psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınla tədqiqat işi aparmışdır. Tədqiqata cəlb edilən qadınların 80%-də depressiyanın əlamətlərinin olduğunu tədqiq etmişdir (Turan, 2020).

Klinik psixoloq Antonova D.V. qeyri-üzvi (psixogen) və üzvi vaginizm olan qadınları tədqiq edərkən, müəyyən etmişdir ki, psixogen vaginizmdən əziyyət çəkən qadınlarda depressiv epizod, üzvi vaginizmdən əziyyət çəkənlərə nisbətən yüksəkdir (Антонова, 2021). Belə ki, üzvi vaginizm müxtəlif tibbi müdaxilə və peşəkar yardım ilə daha tez aradan qaldırıla bilər. Lakin psixogen vaginizm konkret psixi pozuntudur, özü ilə bərabər digər psixi pozuntuları da davamında gətirir. Belə ki, psixogen vaginizm olan qadınlar depressiyadan daha çox əziyyət çəkirlər. Cinsi həyatın arzu olunan olmaması, bu qadınların həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə zəiflətməmiş olur.

Panik pozuntu (6B01) - Psixogen vaginizmdən əziyyət çəkən qadınlarda panik pozuntu müşahidə oluna bilər. Seksoloq Qraziottin A. tədqiqat klinik müşahidələrinə əsasən yazmış

olduğu məqaləsində, psixogen vaginizmli qadınlarda panik pozuntunun olduğunu qeyd etmişdir (Grazinottin, 2015).

Sosial narahatlıq (sosial fobiya) (6B04) - Psixogen vaginizmdən əziyyət çəkən qadınlarda daha çox sosial narahatlıq müşahidə oluna bilər. Bu qadınlar xüsusilə də yeni tanışlıqlardan qaçır. Əsasən də əks cinslə tanışlıqdan çəkinir və qorxurlar. Sosial həyatdan uzaqlaşır, çünki sosial həyatdan uzaq olmaq, onları partnyor tapmaqdan və cinsi yaxınlıqdan "xilas edir". Yıldırım E., Yıldırım M. və Karaş H. tədqiqat zamanı psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan 63% qadında sosial narahatlığın olduğunu müəyyən etmişdir (Yıldırım, 2019).

Xüsusilə də bu diaqnoz qoyulan qadınlarda ciddi işgüzarlıq müşahidə oluna bilər. İş bəhanəsi ilə şəxsi həyatına az vaxt ayırmağa çalışırlar. Onların işə çox vaxt sərf etmələrinin əsl şüuraltı səbəbi isə evdən qaçmaq və partnyor münasibətlərindən uzaqlaşmaqdır. İntim münasibətlərini adətən hiperişgüzarlıq ilə kompensasiya edirlər. Tədricən isə bu sosial narahatlıq yalnızlığa gətirib çıxarmış olur.

Spesifik fobiyalar (6B03) - Psixogen vaginizm olan qadınlarda zamanla səbəbsiz daxili qorxular (fobiyalar) təzahür edə bilər. Adətən ümumi olaraq spesifik (izolə olunmuş) fobiyalar psixogen vaginizmi müşayiət edir:

- qaranlıq qorxusu;
- tənhalıq və yalnızlıq qorxusu;
- yüksəklik qorxusu;
- qapalı məkan qorxusu;
- heyvan qorxusu (pişik, it) və s.

Seksoloq Qrazinottin A. qeyd edirdi ki, adətən fobiyalı pozuntular əsasən daha aşağı yaş qrupunda olan psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda müşahidə edilir (Grazinottin, 2015).

Ümumi həyəcan pozuntusu (6B00)- Bir çox psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda ümumi həyəcan pozuntusu da müşahidə olunur. Ümumi həyəcan pozuntusu xüsusilə də cinsi əlaqəyə cəhd zamanı görülür. Ümumi həyəcan pozuntusu (generalizə edilmiş həyəcan pozuntusu) psixogen vaginizmdə daha çox müşahidə edilir.

Turan Ş. 2020-ci ildə 56 psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınla aparmış olduğu tədqiqat işində, bu qadınların 44%-də ümumi həyəcan pozuntusu olduğunu müəyyən etmişdir (Turan, 2020). Akgün E., Hacıoğlu M. və Karaş H. isə 13% psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda ümumi həyəcan pozuntusunun (generalizə edilmiş həyəcan pozuntusu) olduğunu öyrənmişdir.

Farina B. 2011-ci ildə cinsi problemləri olan 200 qadınla aparmış olduğu tədqiqatda, psixogen vaginizm diaqnozu olan qadınlarda yüksək həyəcan pozuntusu olduğunu müəyyən etmişdir (Farina və baş., 2011). Xüsusilə də əks cins ilə ünsiyyət zamanı və ya cinsi yaxınlıq ehtimalı olanda həyəcan və hətta ürəkgetmələr olduğunu da müəyyənləşdirmişdir.

Obsessiv-kompulsiv pozuntu (6B20) - Həddindən artıq vasvasılıq, tez-tez əl yuma, təmizlik, vəsvəsələrə uyğun yaşamaq kimi bir çox başqa əlamətlərlə özünü göstərən obsesiv-kompulsiv pozuntular vaginizmi müşayiət edən pozuntulardır. Xüsusilə də psixogen vaginizmdə təmizlik, gigiyena ilə bağlı OKP-lar qadını cinsi əlaqəyə girməkdən yayındıraraq "rahatlıq" gətirir.

Psixoloq Taqlıçeva A.V. müxtəlif seksual pozuntuları olan qadınlarla aparmış olduğu tədqiqatlarında, xüsusilə psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda obsesiv-kompulsiv pozuntunun olduğunu müəyyən etmişdir (156 psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlardan, 97-də OKP olduğu öyrənilmişdir) (Тагильцева, 2010). A.V.Taqlıçevaya görə psixogen vaginizm bir sıra pozuntular ilə maskalana bilir. Antonova D.V. psixogen vaginizm olan qadınlarda OKP-nin (68%) yüksək olduğunu müəyyən etmişdir (Антонова, 2021).

Belə ki, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadın xəstəliklərə yoluxma qorxusu ilə özünü cinsi əlaqədən yayındırır. Adətən isə ağırlı cinsi əlaqə yaşayan qadınlarda OKP daha yüksək təzahür edir. Əsl məqsəd isə ağırlı əlaqədən yayınmaqdır.

Posttravmatik stress pozuntusu (6B40) - Psixogen vaginizm özü posttravmatik stress pozuntusu kimi də təzahür edə bilər. Həmçinin ilk cinsi əlaqəyə daxil olmaq istəyəndə yaşanan gərginlikdən sonra da təzahür edə bilər. Belə ki, uğursuz və ağırlı cinsi əlaqə stress yaradır, qadın sarsıntı keçirir. Hər dəfə uğursuz əlaqə cəhdləri tədricən mürəkkəb PTSP-ya (6B41) səbəb ola bilər.

Belə ki, PTSP və vaginizm arasında qarşılıqlı əlaqə vardır. Hər hansısa travma, xüsusilə də seksual xarakterli travmalar (əsasən uşaq yaşlarında) irəli yaş dövrlərində psixogen vaginizmə səbəb ola bilər. Vaginizm uşaqlıq və ya yeniyetməlik dövründə cinsi travma ilə əlaqələndirilə bilər. Həmçinin digər tərəfdən isə, ilk cinsi əlaqə zamanı yaşanan vaginizm spazması qorxu və həyəcan yaradır. Yaşanan ağırlı cinsi əlaqə sonradan travma olaraq təzahür edir və cinsi əlaqədən yayınma ilə nəticələnir.

Özen B., Özdemir Ö. psixogen vaginizmi araşdırarkən, müəyyən etmişdirlər ki, bu diaqnozdan əziyyət çəkən qadınların kiçik yaş dövrlərindən ciddi travmaları vardır (Özen və baş., 2018). Belə ki, bu qadınların kiçik yaşlarda fiziki, psixoloji və cinsi istismara məruz qaldığını müəyyən etmişdirlər. Hətta həyatının daha erkən yaş dövrlərində, cinsi istismara məruz qaldıqlarını belə dərk etmədikləri yaş dövrlərində yaşamış olduqları bu travmalar,

gələcəkdə müdafiə mexanizmi kimi görülür və cinsi əlaqədən yayınma olaraq təzahür edir. Lakin üzvi səbəblərdən vaginizm olan (heç bir psixoloji əsas, travma olmadan) qadınlarda isə, əlaqə cəhdindən sonra PTSP təzahür etmişdir. Burada əsas fakt belədir ki, psixogen vaginizm əsasən travmadan qaynaqlanır, üzvi (fizioloji) vaginizm isə, uğursuz əlaqə cəhdi (və ya ağrılı) cəhdindən sonra travma yaranır və PTSP müşahidə olunur (Tetik və baş., 2020).

Bədən narahatlığı (somatoform pozuntu) (6C20) - Daxili narahatlığın fiziki ifadələri olaraq təyin olunan somatoform pozuntular psixogen vaginizm zamanı görülə bilər. Belə ki, bu zaman fiziki problemlər (məsələn, qaşıntı, müxtəlif yerlərdə ağrılar və s.) heç bir üzvi xəstəliyə aid olmur.

Vasilyeva E.Y. doktorluq (tibb elmlər doktoru) işinin tədqiqatında psixogen vaginizm ilə somatoform pozuntunun əlaqəsini öyrənmişdir (Васильева, 2004). Belə ki, aparmış olduğu tədqiqatda psixogen vaginizm diaqnozlu qadınlarda 53%-də somatoform pozuntu olduğunu müşahidə etmişdir.

Farina B. cinsi problemləri olan qadınlarda (vaginizm, orqazm ola bilməmək və s.) somatoform pozuntunun olduğunu müşahidə etmişdir. O, 200 qadınla aparmış olduğu tədqiqat işində vaginizm diaqnozu olanların 41%-də somatoform pozuntu olduğunu da aşkar etmişdir (Farina et al., 2011).

İpoxondriya (6B23) - Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda ipoxondriya əlamətləri tez-tez müşahidə olunur. Onlar özlərinə aid müxtəlif problemlər yaradır və tez-tez müxtəlif səbəblərdən həkimə müraciət edirlər. Daima nədənsə şikayət edirlər.

Antonova D.V. psixogen vaginizm olan qadınlarda xüsusilə ipoxondriya əlamətlərinin nəzərə çarpdığını müşahidə etmişdir (Антонова, 2021). Onlar xüsusilə ginekoloji yoxlamalardan keçir, xərçəng riski olmaq ehtimallarını düşünürlər.

Şəxsiyyətin isterik pozuntusu (6D10.Z) - Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda dramatikləşdirmə, hər şeyi böyütmə, həmçinin də hisslərini ifrat dərəcədə ifadə etmə meyli yüksək olur. Onlar ətrafındakılardan daimi diqqət və qayğı tələb edir. Belə ki, cinsi əlaqəyə girməmək üçün yüksək həssaslıq göstərə bilirlər.

Ali D., İsmet G., Önder S. və digərləri psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda 47%-də isterik pozuntunun olduğunu müşahidə etmişdir (Ali və baş., 2020). Belə ki, bu qadınlarda hər şeyi şişirtmək meyli nəzərə çarpır. Egoentrizm yüksək dərəcədə təzahür edir.

Şəxsiyyətin digər spesifik pozuntuları (6D10) - Az da olsa bir sıra tədqiqatlarda psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda, narsissizm pozuntusu olduğu müşahidə edilir. Belə ki, əks cinslə münasibətdən yayınma halı, diqqətin özünə yönəlməsinə, özü ilə qane olmağa səbəb ola bilər.

Varqa A., Sal D., Osterhous L. və Hevesi K. narsissizmin seksual pozuntular ilə əlaqəsini tədqiq edərkən, xüsusilə də psixogen vaginizm olan qadınlarda narsissizm pozuntunun olduğunu təyin etmişdirlər (Varga et al., 2022). Libidonu kənara, digər şəxsə yönəldə bilməyəndə, bu enerji şəxsin özünə istiqamətlənə bilir. Belə ki, partnyor münasibətlərindən yayınan psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlar, özlərinə vurğunluqları ilə boşluğu kompensasiya etmiş olurlar.

Alkoqol qəbulu ilə yaranan psixi və davranış pozuntuları (6C40)- Nadir olsa da, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlar alkoqol və ya digər psixoaktiv maddələr istifadə etməyə başlayırlar. Belə ki, müvafiq maddələr onları “uyuşdurur” ağrılı əlqəni, spazmanı hiss etməməyə kömək olur. Onlar spirtli içki qəbul etdikdən sonra partnyorları ilə cinsi əlaqəyə girməyə çalışırlar. Spirtli içki qəbulunun artması səbəbiylə alkoqol aludəçisi olan vaginizm xəstələri az da olsa var. Zamanla alkoqoldan qaynaqlanan müxtəlif psixi pozuntular təzahür etmiş olur.

Kohen J. və Konvinqton S. qadın problemlərinə dair aparmış olduqları tədqiqat işində (əsasən cinsi əlaqə və orqazm problemləri) digər bir fakta fikir vermişdirlər ki, tədqiqat işindəki, psixogen vaginizmdən əziyyət çəkən qadınlardan (əsasən də ağrılı cinsi əlaqə olan) 6%-i əlaqədən əvvəl alkoqol və ya digər psixoaktiv maddələr istifadə edilər (Kohen və Covington, 1984). Həmçinin orqazm problemi olan qadınlardan da 64%-i əlaqədən əvvəl alkoqol qəbul edirlər. Belə ki, bu tədqiqat nəticəsi seksual problemləri olan qadınlardan çox zaman çıxış yolu kimi alkoqol istifadəsinə yönəlmiş olduğunu göstərmiş olur.

Ümumi olaraq psixogen vaginizmin həllini daha dərinlərdə axtarmaq lazımdır. Bu problemin öhdəsindən gəlmək qadının özünə inamını artıracaq və onu müşayiət edən bir çox problemin öhdəsindən gəlməyə səbəb olacaq. “Niyə mən?!” kimi şikayətlərdən imtina edərək ən qısa zamanda qərar qəbul edib müalicəyə başlamaq gələcəkdə yarana biləcək psixi pozuntuların qarşısını ala bilər. Vaginizmdən xilas olmağın yeganə yolu düzgün diaqnozun qoyulması (psixogen və ya fizioloji olmasını dəqiqləşdirmək) və buna müvafiq olan düzgün müalicə üsulunun seçilməsidir. Psixogen vaginizm müalicə olunanda, bu problem səbəbi ilə yaranan psixi pozuntuların da aradan qalxması gözləniləndir. Vaginizm müalicəsindən sonra psixoloji problemlərdə əhəmiyyətli dərəcədə azalma olur, fizioloji, sosial və psixoloji sferalarda balans vəziyyəti yaranır. Özünə inamın artması səbəbindən qadınlarda ümumi mənəvi rahatlıq nəzərə çarpır.

Vaginizm müalicə olunur və əksər hallarda dərman tələb etmir. Buraya çanaq dibinə nəzarət məşqləri, yerləşdirmə və ya dilatasiya üçün təlimlər və ağrının aradan qaldırılması üçün öyrənmə üsulları daxildir. Bu müalicələr evdə edilə bilər, lakin psixogen vaginizm zamanı

psixoloji dəstək lazımdır. Psixoterapiyada psixogen vaginizmin müalicəsi, digər spesifik fobiyalar üçün müalicə yanaşması kimi, bədənin penis, spekulum və ya tampon kimi qorxulu obyektlərə reaksiyasının yenidən qurulmasını əhatə edir.

1.2.2. Depressiyanın ümumi təsviri və xarakteristikası

Vaginizmdən əziyyət çəkən xanımlar ilk öncə ginekoloji müayinədən keçirlər. Əgər heç bir üzvi problem müəyyən edilmirsə, bu artıq psixogen vaginizmdir. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, vaginizm həm səbəb, həm də nəticədir. Psixogen vaginizmdən əziyyət çəkən xanımların anamnezinə nəzər yetirsək, görürük ki, əvvəlki fəsillərdə qeyd etdiyimiz problemlər, yəni cinsi istismar, doğru olmayan ailə mühitinin olması, cinsi bilgisizlik, partnyoru ilə ünsiyyət problemləri və s. psixogen vaginizmin yaranmasına səbəbdir. Psixogen vaginizmin yaranmasına səbəb olan faktor varsa, artıq müdafiə mexanizm olur və bu nəticədir.

Yuxarıda qeyd etdik ki, vaginizm həm də səbəbdir. Bu o deməkdir ki, vaginizmdən əziyyət çəkən xanımlarda depressiya, təşviş pozuntuları, obsessiv-kompulsiv pozuntu, somatizasiya və s. müşahidə edilə bilər. Qeyd edilən xəstəliklər artıq vaginizmin nəticəsi olaraq meydana çıxır.

Vaginizmlə yanaşı təzahür edən, yəni vaginizmin səbəb olduğu psixoloji pozuntulardan biri də depressiyadır.

Depressiya sözün mənşəyini “depress”, latınca “depressus” sözlərindən götürür və ən qədim zamanlardan bəri təsvir edilmiş psixi pozuntulardan biridir. Deprimer sözün əsl mənasında “yıxılmaq” deməkdir. Əslində, bu termin “kədərli” və ya sadəcə “depressiyaya düşmüş” kimi də adlandırılan ağırlıq hissini ifadə edir (Simpson və Weiner, 1989). E.ə 400-cü ildə Hippokrat bəzi psixi pozuntular üçün “melanxoliya” adından istifadə edərək bugünkü depressiyaya bənzər bir cədvəl hazırlamışdı. Hipokrat depressiyanı qara öd miqdarının artması ilə əlaqələndirərək, depressiyanın səbəbini bioloji olaraq izah etməyə çalışmışdır. XIX əsrdən etibarən depressiya anlayışı hal-hazırkı mənasında istifadə edilməyə başlandı və ilk dəfə olaraq psixi xəstəlik kimi istifadə edilmişdir.

J.Pierre Falret “folie circulaire” ifadəsini işlədərək, depressiya və maniyanın bir-biri ilə əlaqəli iki xəstəlik olduğunu müəyyən etmişdir. Daha sonralar isə psixiatrlar maniya və depressiyanı bir xəstəliyin müxtəlif mərhələləri olduğunu demiş və bu xəstəliyi “manik-depressiv psixoz” adlandırmışdır.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatlarına görə isə depressiya, dünya üzrə milyonlarla insana təsir edən potensial həyati təhlükəsi olan əhval pozuntusudur (Darvishi et al, 2013)

Depressiya (major depressiv pozuntu) insanın hisslərinə, düşüncələrinə və davranışlarına mənfi təsir edən ciddi tibbi xəstəlikdir və psixoterapiya və ya farmakoterapiya kimi üsullarla müalicə edilir. Depressiya bəzi emosional və fiziki problemlərə səbəb ola bilər və insanın evdə və işdə funksionallığını azalda bilər.

Müasir dövrümüzdə isə psixiatriyada depressiya termini daha geniş istifadə olunur və depressiyanın səbəbi bilinmir, lakin müxtəlif səbəblərdən meydana çıxan psixi xəstəlikdir. Məhz simptomlarına əsasən diaqnoz qoyulur. Depressiya hal-hazırda ən çox 3 mənada istifadə edilir

Normal bir təsir kimi (affekt) depressiya – depressiya hər bir insanda ola bilən normal emosional haldır. Gündəlik həyatımızda baş verən hadisələrin bizdə yaratdığı kədər hissini nümunə olaraq göstərmək olar. Həmçinin normal insan həyatında da tez-tez məyusluq, kədər və bədbəxtlik kimi duyğuların olması depressiya ilə əlaqəli vəziyyətdir.

- 1) Psixi simptom olaraq depressiya – psixiatriyada depressiya şəxsin gün ərzində özünü kədərli, məyus və bədbəxt olaraq hiss etdiyi və normal olmayan əhval-ruhiyyə olaraq təsvir edilir. Həmçinin bu mənada depressiya bir simptomdur və bir çox xəstəliklərdə müşahidə etmək mümkündür.
- 2) Psixiatrik xəstəlik kimi depressiya – qədim dövrlərdə melankoliya kimi tanınan, müəyyən simptomları olan və bəzən tsiklik xarakterli psixi xəstəlikdir.

Depressiya elə bir psixi pozuntudur ki, insanda həyəcan, yüksək halsızlıq, gərəksizlik hissi, intihara dair fikirlər, iştahanın azalması, yuxusuzluq, psixomotor tormozlanma və ya həyəcan, həmçinin müxtəlif simptom və şikayətlərlə müşayiət olunan, hətta əhval-ruhiyyənin enməsi ilə səciyyələnir (Cavadov R.Ə, Tağıyeva G.B., 2006). Ümumiyyətlə emosional tükənmə, həzz almama, enerji azalması, özünü dəyərsiz və peşman hissetmək, günahkarlıq hissini artırması, yuxu pozuntusunun olması və s. kimi narahatlıqlar nəinki Azərbaycanda, həmçinin digər bütün ölkələrdə olan psixi narahatlıqdır. Müxtəlif mənbələrə baxsaq görərik ki, böyük yaş qrupunda depressiyadan əziyyət çəkənlər arasında qadınlar kişilərdən daha çox üstünlük təşkil edir. Depressiyanın yayılmasını uşaq və yeniyetmə yaş qrupları arasında müqayisə etsək görərik ki, yeniyetmələr daha çox depressiyadan əziyyət çəkirlər. Ümumiyyətlə depressiya istənilən bütün yaş dövrlərində başlaya bilər. Lakin statistikaya baxsaq görərik ki, daha çox depressiyanın başlama dövrü 25-30 yaş aralığıdır. Bir neçə gün və ya həftə ərzində yavaş-yavaş inkişaf edə bilər. Depressiya epizodunun davam etmə müddəti bir neçə aydan, bir neçə ilə qədər davam edir. Psixi və Davranış Pozuntularının Beynəlxalq Təsnifatının onbirinci buraxılışına (XBT-

11) uyğun şəkildə əlamətlər 2 həftədən az olmayaraq müşahidə edilməlidir ki, depressiv pozuntu diaqnozunun qoyulsun. Anamnezdə maniakal və ya hipomaniakal epizodlar olmamalıdır. Həmçinin simptomlar psixoaktiv maddələrin qəbulu və ya istənilən orqanik psixi xəstəlik ilə əlaqəli olmamalıdır (Cavadov R.Ə, Tağıyeva G.B., 2006).

Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının (DSM-V-TR) yenidən işlənmiş beşinci nəşrinə əsasən, depressiyanın kədərli, boş və ümitsizlik hissləri, maraq və həzzin azalması, nəzərəçarpacaq çəki dəyişikliyi, yuxu pozuntusu, yorğunluq, psixomotor həyəcan kimi, həddindən artıq günahkarlıq və dəyərsizlik hissləri, düşünmə və qərar vermə qabiliyyətinin azalması və intihar düşüncəsi kimi bir neçə əlaməti var (DSM, 2022).

Qeyd olunmuş 9 əlamətin ilk iki əlamətdən (depressiv əhval-ruhiyyə və maraq itkisi) ən azı birinin olması şərti ilə ən azı beşinin 2 həftə ərzində və günün çox hissəsində davam etməlidir ki, depressiya diaqnozu düzgün qoyulsun.

DSM-V-TR (Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının yenidən işlənmiş beşinci nəşri) depressiyanı ətraflı araşdırdı və qruplara ayırdı. Bunlar:

1. Dağıdıcı əhval pozuntusu
2. Major depressiv pozuntu,
3. Xroniki depressiya (Distimiya) pozuntusu,
4. Premenstrual disforiya pozuntusu,
5. Maddələr və ya dərmanlarla əlaqəli depressiya pozuntusu,
6. Başqa bir sağlamlıq probleminin səbəb olduğu depressiya pozuntusu,
7. Fərqli müəyyən edilmiş depressiya pozuntusu,
8. Müəyyən edilməmiş depressiya pozuntu kimi siyahıya alınmışdır (DSM, 2022).

Amerika Psixiatriya Assosiasiyası tərəfindən 2013-cü ildə nəşr olunan DSM-5 (Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimat V) əsas depressiya üçün diaqnostik meyarlara uyğun olaraq:

A. İki həftə ərzində insanın fərdi, sosial və peşə funksionallığında dəyişiklik müşahidə edilməklə yanaşı, aşağıda sadalanan simptomlardan ən azı 5-nin mövcud olduğu müəyyən edilmişdir. Bu simptomlardan ən azı biri depressiv əhval-ruhiyyə, digəri isə marağın azalması (demək olar ki, bütün fəaliyyətlərdən həzz almaqda nəzərəçarpacaq azalma) olmalıdır.

1. Gün ərzində insanın özünün müşahidə etdiyi depressiv əhval-ruhiyyə
2. Fəaliyyətdən və işdən istək və həzzin əhəmiyyətli dərəcədə azalması
3. Çəkiddə müşahidə olunan artım və ya azalma
4. Çox vaxt gün ərzində yata bilməmək və ya bütün gün yata bilməmək
5. Psixomotor həyəcan və ya geriləmə

6. Demək olar ki, hər gün aşağı enerji və yorğunluq
7. Özünü günahkar və dəyərsiz hiss etmək
8. Qərarlılıq, diqqəti cəmləməkdə çətinlik
9. Təkrarlanan intihar cəhdlərinin və intihar düşüncələrinin olması

B. İnsanda olan əlamətlər kliniki əhəmiyyətli problemlərə, peşə və həyat sahələrində funksionallığın itirilməsinə səbəb olur.

C. Bu dövrdə yaşanan simptomlar maddə istifadəsi və ya başqa sağlamlıq probleminin fizioloji təsiri ilə əlaqəli deyil (DSM, 2022).

Depressiya təkrarlanan, tsiklik xarakterli psixi xəstəlikdir və depressiyaya meyilli olmaq insanın xarakterindən, yaşından, irsi faktorlardan, həyat tərzindən və gözləntilərindən asılıdır.

Prof.Dr.M. Hakan Türkçaparın “depressiya” kitabında depressiyanın bir çox növləri vardır:

- ✓ Nevrotik Depressiya
- ✓ Mövsümi Depressiya
- ✓ Depressiv şəxsiyyət (Xarakteroloji Depressiya)
- ✓ Psixotik Depressiya və s.

Əvvəlki yarımfəsildə də depressiyanın XBT-11 buraxılışında təsnifatı verilmişdir.

Depressiyayı izah edən bir sıra nəzəriyyələr vardır:

1. Psixoanalitik yanaşma- Ziqmund Freyd 1917-ci ildə “Yas və melankoliya” adlı məqaləsini nəşr etdi. Ziqmund Freyd melankoliyanın əlamətlərini ətraflı şəkildə bir araya gətirdi və aşağıdakı kimi təsvir etdi:

- a. Güclü kədər, ağrı və yas hissi
- b. Xarici dünya və ətraf mühitlə maraq və əlaqənin itirilməsi
- c. Maraq və sevgi itkisi
- d. Fəaliyyətlərin azalması
- e. Özünə hörmətin və ya özünü tənqidin tamamilə itirilməsi və ya azalma
- f. Özünü cəzalandırma və düşüncə məzmunu.

Freyd depressiyayı tez-tez həyatın erkən dövründə baş verən bir vəziyyətlə əlaqələndirirdi. Freyd depressiyayı reaksiya olaraq qəbul edirdi, yəni depressiyayı kədər və ya yas kimi qəbul edib, sevginin itirilməsinə reaksiya olduğunu deyirdi. Lakin Freyd qeyd edirdi ki, depressiyaya məruz qalan şəxs itirdiyi insanla eyniləşir və bu da rədd etmə nəticəsində yaranan qəzəbi idarə edir. Bunun nəticəsində də insanda özünə inamının azalmasına və nəticə etibarıyla gələcək həyatında yenidən depressiyaməruz qalmasına səbəb olduğunu müdafiə edirdi. Sonralar Freyd belə bir nəticəyə gəldi ki, itirdiyi insanı özü ilə eyniləşdirməyi normal

bir proses olduğunu və depressiyanın əsas səbəbinin isə depressiyanın səbəbi məhz super eqo ilə əlaqəlidir ki, məhz super eqo həddindən artıq cəzalandırıcıdır. Çünki super eqo daima insanın vicdanını tətikləyir, günahkarlıq hissini artırır və insanın uzun müddət depressiyaya düşməsinə səbəb olur. Özünə inamı aşağı olan şəxslər günahkarlıq duyğuları ilə mübarizə aparmaqda çətinlik çəkir və Freyd müdafiə edirdi ki, belə halda həmin şəxslər itkini qəbul edə bilməyəcəkdir. (Freud, 1917)

2. Davranış yanaşmasına görə, şəxsin hiss və düşüncələrini yaradan və sonda davranış ilə nəticələnən bütün proseslər öyrənmə təcrübələrlə əlaqəlidir. Bu öyrənmə təcrübələri də klassik şərtlənmə, şərtlənmə və ya sosial öyrənmə ilə mümkündür. Bu nöqteyi nəzərdən depressiya öyrənmə təcrübəsi nəticəsində meydana çıxır.

Süslüyə görə, Skinner depressiyanı pozitiv və sosial gücləndiricilər azaldıqda insanın davranışında baş verən dəyişikliyi, yox olma kimi adlandırdı. Davranış yanaşmasına görə, kifayət qədər müsbət möhkəmləndirmənin olmaması depressiya ilə nəticələnir.

3. Depressiyanın koqnitiv yanaşmasında insanların koqnitiv sferasına köklənirlər, yəni bu yanaşmada insanın qavramasına, analiz etmə və məlumat emal etmə prosesi önəm kəsb edir. Bu konsepsiyaya görə, depressiya insanın koqnitiv bacarıqlarındakı anormallıqlarla əlaqədardır. Depressiyalı şəxslər baş vermiş hadisələrə və situasiyalara irrasional yanaşır. Irrasioanl yanaşma tərzi olmasından dolayı şəxsə mənfi emosiyalar yaranır və nəticə etibarilə də mənfi davranışlar, daha doğrusu depressiv davranışlar (özünə qapanma, ağlamaq, yeməkdən imtina və s.) meydana çıxır.

Depressiya ilə əlaqədar ən əhatəli araşdırmalar aparən nəzəriyyəçilərdən biri olan Beck (1967), müşahidə etmişdir ki, depressiyalı insanlar yaşadıkları hadisələrə müsbət reaksiya vermədiklərini, uğurdan çox uğursuzluqlara diqqət yetirirlər (Öztürk, 2001).

Depressiyadan danışarkən onun nəticələrindən də bəhs etmək lazımdır. Belə ki, depressiyadan əziyyət çəkən xəstədə antisosial davranış formalarına, alkaqol və ya digər psixoaktiv maddələrdən istifadə, sosial təcridolma, işindən, peşəsindən ayrılmanı və s. qeyd etmək olar. Həmçinin depressiyanın nəticələrindən danışarkən qeyd edə bilərik ki, depressiyanın ən ağır nəticəsi məhz intihardır.

Depressiya cinsi münasibətə də çox təsir edir. Əgər bir xəstə depressiyadadırsa, o cinsi münasibətdən uzaqlaşacaqdır. Çünki yaşanılan stress beyindəki seks mərkəzinin zəifləməsinə təsir edərək libidonun azalmasına səbəb olur. Vaginizmli qadınlar depressiyadan əziyyət çəkirlər, çünki ailə daxilində baş verən problemlər, qadının öz qadınlığı ilə bağlı şübhələrinin olması və s. depressiyanın meydana çıxmasına səbəb olur və depressiyada olduqları üçün də cinsi münasibətdən qaçırırlar. Ortaya belə bir tsikl meydana çıxır.

1.2.3. Təşvişin ümumi təsviri və xarakteristikası

Vaginizm diaqnozu qoyulmuş insanlarda fobik reaksiyalar və ya qorxu mühüm yer tutur. Vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınlar, qorxulan stimulla qarşılaşan fobik şəxslərdən çox da fərqlənmir. Əgər bu doğrudursa, vaginizmin spesifik bir fobiya ola biləcəyi qənaətinə gəlmək olar. Klinik olaraq, qorxulu stimula məruz qaldıqda (məsələn, müayinə zamanı) yaşanan təşviş, bəzi hallarda panik atak və daha sonra qaçma davranışı bu fikri gücləndirir (Reissing, 2004). Vaginizmdə qorxulan stimula real və ya gözlənilən ağrı təcrübəsi ola bilər və ya hazırda bilinməyən bir mənbə ola bilər.

Psixogen vaginizmə sahib fərdlərin psixoloji rifahları bir çox faktordan asılıdır. Bu faktorlar da insan psixikasına təsir edir, nəticə etibarilə də onun emosional fonuna, davranışlarına, özünü qiymətləndirməsinə təsir edir və formalaşdırır. Həmçinin təşviş kimi psixi pozuntunun yaranmasına səbəb edən faktorlar da vardır. Bu faktorlardan biri də psixogen vaginizmdir. Əvvəlki yarım fəsildə qeyd edildiyi kimi vaginizm bəzən səbəbdir, bəzən isə nəticədir. Psixogen vaginizmin səbəb olduğu digər psixi pozuntuya, yəni təşviş pozuntusuna nəzər yetirək.

Təşviş adı altında müəyyən olunmamış qorxu, təhlükə emosional vəziyyəti və ya xoşagəlməz hadisələrin baş verməsi gözləntisi nəzərdə tutulur. Təşviş stress ilə əlaqəli olub, baş verən situasiya ilə baş etməyə təhrik edib, səfərbər edir. Təşviş pozuntuları insanlarda irsi meyilliklə müşahidə olunur və həyatboyu, xüsusən də erkən uşaqlıq dövründə, güclü stress yaşadıqda psixoloji yardımın olmaması ilə inkişaf edir (Nutt, 2005).

Təşviş pozuntuları barədə aşağıdakı hallarda danışmaq olar: (Təşviş klinik protokol, 2023)

1. Təşviş reaksiyaları çox tez-tez yaranır.
2. İnsan təşviş yaradan situasiyalardan çəkinməyə başlayır.
3. Təşviş məhsuldarlığa, sosial əlaqələrə və ya ailə həyatına mənfi təsir göstərir.

Təşviş pozuntularının simptomlarını 2 qrupa bölmək olar (Təşviş klinik protokol, 2023):

Somatik simptomlar	Psixoloji simptomlar
<ul style="list-style-type: none"> • Təngnəfəslik, hava çatışmazlığı • Ürək döyüntülərinin sürətlənməsi • Döş qəfəsində diskomfort (göynəmə, dartılma, sancma) • Başgicəllənmə, başağrıları • Zəiflik, əzginlik hissi • Tərləmə • Ürəkbulanma • Qarın nahiyəsində diskomfort • Bədənin müxtəlif hissələrinin keyləşməsi hissi • Titrəmə • Bədən temperaturunun yüksəlməsi hissi • Ağızda quruluq hissi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ümumi narahatçılıq • Həssaslıq • Diqqəti cəmləmə problemləri • Ölüm qorxusu • Dəli olmaq qorxusu, hərəkətləri üzərində hakimiyyəti itirmək qorxusu • Reallığın itirilməsi qorxusu

Şəkil 1.4 *Təşvişin somatik və psixoloji simptomları (Təşviş klinik protokol, 2023)*

Bəzən insanlar təşvişlə qorxunu fərqləndirməkdə çətinlik çəkirlər və birini-digərinin yerinə istifadə edirlər. Lakin təşviş və qorxu arasında çox böyük və önəmli fərqlər vardır. Belə ki, “qorxu”- daha çox indiki zamana aiddir və hal-hazırda mövcud olan təhlükəyə uyğun olaraq verilən reaksiyadır. “Təşviş” isə gələcəyə yönəlmiş və nəzarətin itməsi, həmçinin narahatlığın həddindən çox olmasıdır. Təşvişlə bağlı bir sıra təriflər vardır. İndi isə onlara baxaq.

Təşviş - sağlam insanlarda həyat boyu var olan, müdafiə funksiyası olan normal bir hiss ilə səbəbi bilinməyən sıxıntı və narahatlıqdır.

Təşviş - səbəbi bilinməyən, hiss edilən təhlükəyə qarşı göstərilən reaksiyadır. Bütün canlılarda özünü qoruma instikti vardır. Belə ki, təhlükəli vəziyyət olduqda bədən onu qavrayır və bu zaman təhlükəli vəziyyətdən qaçmaq üçün təşviş yaranır. Bu halda təşviş özünü fiziki gərginlik olaraq göstərir. Əgər şəxsin olduğu mühit stresslidirsə və bunun öhdəsindən gəlmək üçün müdafiə mexanizmləri kifayət etməzsə, bu zaman təşviş yaranar və şəxs özünü gərgin hiss edər. Şəxsin qarşılaşdığı problemin öhdəsindən gəlmək üçün həll yolu axtarmağa başlayar və nəticədə təşvişli olmağa başlayar. Beyin qıcıqlandırıcı tərəfindən oyanarkən meydana çıxan təşviş nəticəsində şəxsin diqqəti məhz problemlə situasiyaya yönəlir. Buradan belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, təşviş gələcəkdə qarşıya çıxma biləcək hər hansısa problemlə situasiyada insanın bu problemə qarşı əvvəlcədən tədbirli olmasıdır.

Qeyd etdik ki, bütün canlılarda təşviş həyatı boyunca olur və insanların qarşılaşdığı təhlükələrə qarşı tədbirli olmağa köməklik edir. Problemlə situasiyanın öhdəsindən gəldikdən sonra, əvvəlki vəziyyət bərpa olunduqdan sonra təşvişin simptomları da ortadan qalxar. Təşvişin simptomları dedikdə, buraya ürək döyüntülərin sürətlənməsi, əl-ayağın titrəməsi, həddindən çox tərləmə, əzələlərdə gərginlik və s. aid etmək olar.

Biz yuxarıda qorxu ilə təşvişi bir-birindən fərqləndirdik. Həmçinin “normal təşviş” ilə “təşviş pozuntu”-sunu da fərqləndirmək lazımdır. Normal təşviş bildiyimiz kimi stressə qarşı verilən normal reaksiyadır. Düzdür təşviş nəticəsində insanın organizmində müəyyən fizioloji reaksiyalar baş verir və problemin öhdəsindən gəlməyə köməklik edir. Həmçinin təşviş keçicidir, yəni problem həll olub, bitdikdən sonra təşviş də keçir. Lakin təşviş pozuntusu olan şəxslərdə belə deyil, yəni keçici deyildir. Bəs təşviş pozuntusu nədir? İndi isə onun haqqında danışaq.

Təşviş pozuntusu – keçici olmayıb, əksinə daha da ağırlaşan, fobiya yarada biləcək və həyat boyu davam edən təşviş vəziyyətidir. Gündəlik həyatdakı fəaliyyətə, məktəb və ya işdəki fəaliyyətə, şəxsiyyətlərarası münasibətlərə öz təsirini göstərir. Təşviş pozuntusunun səbəbi yoxdur, lakin genetik və ya fizioloji faktorlar, həmçinin stress və sosial mühitdə baş verən hadisələr böyük rol oynayır.

Klinik praktika üçün bu təşviş halları əhəmiyyətlidir. Belə ki, XBT-11 üzrə “Təşviş Pozuntularının” təsifatı aşağıdakı kimi verilmişdir:

❖ Ayrılıq təşviş pozuntusu (XBT-11-ə görə 6B05) – bu zaman şəxs yaxın olduğu insandan (ata, ana və ya dostu və s.) ayrılmağı düşündükdə güclü stress və qorxuya səbəb olur. Ayrılıq təşviş pozuntusu ümumiyyətlə hər yaşda meydana gəlməsinə baxmayaraq, əsasən uşaqlıq və gənclik dövründə daha çox müşahidə edilir. Lakin bu uşaqlıq dövrünə məxsus pozuntu deyildir. Uşaqlıq dövrünə məxsus olmasa da, uşaqlarda da olur və bu zaman ayrılıq təşvişi qayğı göstərən şəxslərə yönəlir. Ayrılıq təşviş pozuntusunun bir sıra simptomları var və bu simptomlardan ən azı üçünün insanda davamlı olması məhz bu pozuntunun diaqnozunun qoyulmasında rol oynayır, həmçinin bu simptomlar uşaqlarda və yeniyetmələrdə minimum 4 həftə, yeniyetmələrdə isə 6 ay davam etməlidir ki, düzgün diaqnoz qoyulsun.

❖ Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu (XBT-11-ə əsasən 6B00) bu pozuntudan əziyyət çəkən insanlarda heç bir qıcıqlandırıcı olmadıqda belə yüksək narahatlıq hissi və gərginlik yaşayırlar. Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun bir sıra əlamətləri vardır. Bura davamlı olaraq, həddindən artıq və pis idarə olunan narahatçılıq hissi, gələcəkdə baş verə biləcək mümkün mənfi hadisələrlə bağlı mənfi gözləntilərin və qorxuların olması aiddir. GTP istənilən yaşda yaranmaqla bərabər, çox zaman 30 yaşına qədər müşahidə olunur. Bu xəstəlik tədricən inkişaf edir, simptomlar yavaş-yavaş irəliləyir və nəticədə xroniki hala çevrilir. Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu fəaliyyət, vegetativ, mativasiya və koqnitiv sferalara (Вейн, Вознесенская, 2007) toxunur. Xəstələrdə əzələlərdə gərginlik və ağrı hissi, onlarda bir yerdə dayana bilməmək və hərəkət narahatçılığı qeyd olunur. Yuxuya getmədə çətinlik, narahat aralıqlı yuxu, səhərlər yuxunun çatışmamazlığı hissi xarakterikdir. Vegetativ

simptomlara nəfəs darlığının olması, ürək döyüntüsünün artımı, taxikardiya, nizamsız baş gicəllənmənin olması, soyuq və istilik basmaları, əl və ayaqlarda soyuqluq hissi, sidiyə getmə tezliyini qeyd edə bilərik. Tez-tez ürək ətrafında diskomfort və mədə-bağırsaq traktında çoxsaylı şikayətlər məsələn, ağız boşluğunda quruluğun olması, udma aktında çətinlik, boğazda nəyinsə ilişib qalma hissi, ürəkbulanma, bağırsaqda qazın yaranması və s. kimi problemlər baş verir. Düzgün diaqnozun qoyulması üçün bu təşvişli hal gündəlik davam etməli, minimum 6 ay müddətində və həyat fəaliyyətini əngəlləyən səviyyəyə çatmalıdır. Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun səbəbinə gəldikdə isə dəqiq məlumat yoxdur, lakin genetik və ətraf mühit faktorları ilə əlaqəli olduğu güman edilir. Ətraf mühit faktorları dedikdə, erkən uşaqlıq dövründə tərbiyyənin xüsusiyyətləri, ailədaxili münasibətlər, ailənin həyat təzi, psixotraumatik hadisələr aiddir (Nutt, 2005).

❖ Spesifik fobiyalar (XBT -11-ə görə 6B03) – pişik, it, həşərat, iynə vurulması, təyyarə ilə səyahət etmək və bunun kimi bir çox vəziyyətlərdən qaçmaq, həmçinin bu vəziyyət və ya obyektlərlə əlaqəli irrasional və davamlı narahatlıq kimi izah olunur. Xüsusi və ya spesifik fobiya meydana gəlməsi bir çox xəstələrdə uşaqlıqdan, digər qisminə isə yeniyetməlik dövründə təsadüf edilir. Spesifik fobiyalardan danışan zaman onun əlamətlərindən danışmasaq olmaz. Belə ki, şəxs qorxularının həddindən çox və ya mənasız olduğunu bilir, lakin fobik vəziyyətlə qarşılaşdığı zaman gərgin təşviş içərisində olur. Bu zaman ürək döyüntüləri artır, nəfəs daralır, titrəmə, tərləmə, huşun itməsi kimi bir sıra əlamətlər təzahür edir.

❖ Sosial fobiya (XBT-11-ə görə 6B04) sosial təşviş pozuntusu olaraq da adlandırılır. Depressiya və GTP-dən sonra ən geniş yayılmış psixi pozuntudur. Belə ki, sosial fobiyalar 50% insanlarda 10 yaşına qədər başlayır. (Təşviş klinik protokol, 2023). Bu pozuntu uzun müddət davam edən sosial vəziyyətlərdən qorxmaq halıdır. Yəni problem ünsiyyət kontekstində baş verir. Adətən gənc yaşlarda başlayır və çox geniş yayılmış problemlərdən olub həyat fəaliyyətinə çox böyük təsir göstərə bilər. Burada tipik qorxu situasiyaları vardır. Belə ki, sosial fobiyalı şəxslər utancaq və içəqapanıq olub, sosial deyillər; göz təmasından qaçır və az danışirlər; diqqət mərkəzində olmaqdan qorxurlar; sosial fəaliyyətlərdən qaçırlar. Sosial pozuntunun səbəblərinə gəldikdə isə gənc yaşlarından formalaşmağa başlayır və zorakılıq, sataşma və ya lağa qoyma keçmişi ilə əlaqəli ola bilər. Beyində qorxu cavabını idarə edən amiqdalanın həddindən artıq aktiv olması ilə əlaqəli ola bilər, həmçinin şəxsin xarici görünüşü və ya səs tonu ilə bağlı kompleksləri onda sosial təşvişin olma ehtimalını artırır.

❖ Aqorafobiya (XBT-11ə görə 6B02) – ictimai nəqliyyatdan istifadə etmək, izdihamda olmaq, evdən kənardə tək olmaq, yəni insanların özlərini pis hiss etdirə biləcək yerlərdən və vəziyyətlərdən çəkinmələrinə səbəb olan narahatlıqdır. Aqorafobiyası olan insanlarda stressli

vəziyyət olduqda ürək döyüntülərində artım, ürək bulanması və s. kimi panik pozuntu əlamətləri müşahidə etmək olar. Hətta qorxduqları vəziyyətə düşmədikdə belə bu simptomlarla qarşılaşa bilərlər. Bəzən elə hala gəlib çata bilər ki, kiçik gündəlik fəaliyyətlərdən də çəkinir və günün çoxunu evdə keçirirlər. Aqorafobiyası olan şəxslər adətən uzun müddət evlərini tərk etməkdən qorxurlar, ictimai yerlərdə nəzarəti itirməkdən qorxurlar, müdafiə davranışları nümayiş etdirirlər. Aqorafobiyanın yaranma səbəbi məlum deyildir, lakin inkişaf riskini artıran bir çox faktorlar vardır. Belə ki, buraya depressiya, maddə asılılığı, fiziki və ya cinsi istismar, təşviş pozuntuların digər növlərinin olması, ailədə aqorafobiya tarixi və s. aid etmək olar.

❖ Seçici mutizm (XBT-11-ə görə 6B06) - buna bəzən “selektiv mutizm” də deyirlər. Selektiv və ya seçici mutizmi olan şəxsin sosial mühitdə inasalarla ünsiyyətdə olarkən danışa bilməyəcəyi qədər ciddi bir təşviş pozuntusudur. Bu zaman uşaq və ya yetkin şəxs danışmaqdan imtina etmir, sadəcə həmin an danışa bilmir. Ətraf mühitdə yaxın olmayan şəxslər və ya valideynləri olmadıqda, yəni onlar üçün yeni simalar olduqda sərbəst danışa bilmirlər. Müxtəsislər qeyd edir ki, selektiv mutizm travma sonrası stressin bir simptomu olaraq ortaya çıxır və uşaqlar əvvəllər heç narahat olmadıqları mühitlərdə birdən danışmağı dayandırır. Əslində bu problem uşaqlıq dövründən başlayır, müalicə olunmadıqda yetkin yaşa qədər davam edə bilər.

❖ Panik pozuntu (XBT 11-ə görə 6B01) – gözlənilmədən ani şəkildə ortaya çıxan və ən yüksək səviyyəyə çatan güclü qorxu və ya daxili sıxıntı ilə müşayiət olunan həddindən artıq təşviş halıdır. Panik pozuntu zamanı bir sıra somatik simptomlar özünü büruzə verir. Bu simptomlara ürək döyüntülərinin artması, tərləmə, titrəmə, ürək bulanma və ya qarında ağrıların olması, boğulma və ya nəfəsin kəsilməsi, gözlərin qaralması, huşun itməsi, ətraf aləmi hiss etməmək, özünə nəzarətin itməsi və ölüm qorxusu yaşamaq və s. aiddir. Qeyd etdiyimiz əlamətlərdən belə bir nəticəyə gəlmək olar, panik pozuntu öz-özlüyündə bir xəstəlik deyildir, o simptomlar qrupudur. Qarşıya belə bir sual çıxır. “Bəs panik pozuntunun gedişatı necə olur?” Panik atak birdən başlayır, simptomlar 10 dəqiqə ərzində sürətlə artır və “ölüm” hissi digər simptomlar içərisində dominantlıq təşkil edir. Fiziki simptomlar müşahidə edilir və davam etmə müddəti təxminən 20-30 dəqiqə intervalında dəyişir. Simptomlar tez və ya yavaş-yavaş yox olaraq xəstə əvvəlki halına geri qaydır. Panik pozuntunun gedişatında xəstələr infarktdan öləcəklərini deyərək təcili tibbi yardım xidmətlərinə müraciət edirlər və bu zaman aparılan müayinələrdən infarkt və ya söylədikləri hər hansısa xəstəlik əlamətlərini açıqlayacaq heç bir orqanik əlamətlər qeydə alınmır. Bu hallarda psixiatr və ya psixoloqa müraciət edilməsi məsləhət görülür.

II FƏSİL. TƏDQIQATIN METOD VƏ METPDIKALARI

2.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi

Tədqiqat işi “HB Güvən” klinikasında həyata keçirilmişdir. Tədqiqata tədqiq olunan qismində klinikaya ginekoloji müayinə üçün müraciət edən 20-45 yaş ($m= 28,3$; $sd=1,4$) aralığında, 80 nəfər qadın cəlb olunmuşdur. Tədqiqat işinin məqsədinə müvafiq olaraq, seçilən qadınlar onlara qoyulan diaqnoza əsasən tədqiqat (psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan) və kontrol qruplarına (digər ginekoloji problemlərlə bağlı müraciət etmiş qadınlar) daxil edilmişdirlər. Tədqiqat və kontrol qruplarında say nisbətinin uyğunluğu nəzərə alınaraq bərabər şəkildə bölgü aparılmışdır. Belə ki, tədqiqat qrupuna 40 nəfər ginekoloq tərəfindən vaginizm diaqnozu qoyulmuş, nəzarət qrupuna isə 40 nəfər ginekoloqa digər problemlərlə əlaqədar müraciət etmiş qadın daxil edilmişdir. Tədqiqat keçirilməzdən əvvəl müvafiq sənədlər Xəzər Universitetinin Etik Komitəsinə təqdim olunmuşdur. Etik Komitənin təsdiqindən sonra klinikada tədqiqatın keçirilməsi üçün uyğun şərait yaradılmışdır.

Tədqiqat zamanı hər bir iştirakçıya tədqiqatın məqsədləri haqqında ətraflı məlumat verilmiş və etik qaydalara uyğun olaraq tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirakdan imtina etmək hüquqlarının olduğu qeyd edilmişdir. Əlavə olaraq tədqiqatın tamamilə məxfi olması və əldə edilən məlumatların yalnız tədqiqatın nəticələri üçün istifadə ediləcəyi istiqamətində məlumat verilmişdir.

Aparılan tədqiqatın başlıca məqsədi psixogen vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınların psixi vəziyyətinin müəyyən edilməsidir. Tədqiqatın keçirilməsi aşağıdakı plana müvafiq olaraq icra edilmişdir:

- Tədqiqat zamanı istifadə ediləcək müvafiq metodları təyin etmək;
- Tədqiq olunanların sosial-demoqrafik göstəricilərini müəyyənləşdirmək;
- Ginekoloqa müraciət edən qadınları almış olduqları diaqnoza əsasən tədqiqat və nəzarət qruplarına daxil etmək;
- Tədqiqat qrupuna daxil olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların psixopatoloji hallarını diaqnostika etmək;
- Nəzarət qrupuna daxil olan, digər problemlərlə əlaqədar ginekoloqa müraciət edən qadınların psixopatoloji hallarını diaqnostika etmək;
- Tədqiqat və nəzarət qrupa daxil olan qadınlarda psixopatoloji halların rast gəlinmə tezliyini müqayisəli tədqiq etmək;
- Tədqiqat və nəzarət qrupuna daxil olan qadınların ailədaxili münasibətlərinin olub – olmamasını müəyyənləşdirmək;

- Tədqiqat qrupuna daxil olan qadınların ailədaxili münaqişələrə əsasən psixopatoloji hallarını müqayisəli tədqiq etmək; - Tədqiqat zamanı əldə edilən məlumatların statistik əhəmiyyətini təyin etmək.

2.2. İstifadə edilmiş metodikalar

Tədqiqat zamanı aşağıdakı metodlar istifadə edilmişdir:

- “Şəxsi məlumat anketi” (tərəfimizdən hazırlanmışdır)
- “Qısa simptom testi (L.R.Derogatis- adaptasiya: M.Kərimova)

Tədqiq olunan qadınların sosial-demoqrafik göstəricilərini (yaş, təhsil səviyyəsi (ali; orta, orta-ixtisas; orta-natamam), yaşadıkları bölgə (Bakı və kənar şəhərlər; rayonlar), evlilik müddəti, övlad sayı müəyyənləşdirmək üçün, tərəfimizdən hazırlanan “Şəxsi məlumat anketi” istifadə edilmişdir.

- Tədqiq olunan qadınlarda psixopatoloji halları diaqnostika etmək üçün L.R. Deroqatisin müəllif olduğu “Qısa simptom testi” istifadə edilmişdir. Belə ki, bu metodun Azərbaycan mədəniyyətinə uyğunlaşdırılması, Xəzər Universitetinin, Psixologiya departamentinin koordinatoru Mələk Kərimova tərəfindən aparılmışdır. “Qısa simptom testi” 53 sualdan və bu suallara müvafiq olaraq likert tipli beş cavab variantlarından (heç vaxt, çox az, orta səviyyədə, olduqca çox, lap çox), üç indeks (ümumi narahatlıq indeksi, simptom narahatlıq indeksi, kəskin narahatlıq indeksi) və psixopatoloji hallara əsaslanan doqquz şkaladan (somatizasiya, obsessiv-kompulsiv simptomlar, şəxslərarası həssaslıq, depressiya, təşviş, düşmənçilik hissləri, fobik narahatlıq, paranoid narahatlıqlar, psixotizm) təşkil edilmişdir.

- Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələrin, statistik təhlilini aparmaq üçün IBM SPSS (29.0) programında müvafiq ölçmə meyarları istifadə edilmişdir.

Tədqiqat metodlarının işlənilməsindən əldə olunan nəticələrin ortalama göstəricilərini müəyyənləşdirmək üçün “Compare mean” istifadə edilmişdir. Verilənlərin normal paylanıb – paylanmadığını təyin etmək üçün, normallıq testlərindən “Kolmogorov-Smirnov” və “Shapiro-Wilk” istifadə edilmişdir.

Verilənlərin normallıq üzrə göstəriciləri müəyyən ediləndən sonra, əldə olunan nəticəyə müvafiq olaraq parametrik testlər seçilmişdir. Tədqiqat və nəzarət qruplarının psixopatoloji hallarını müqayisəli tədqiq etmək üçün t test” istifadə edilmişdir. Belə ki, bu statistik ölçmə meyarı qruplar üzrə nəticələrin müqayisəli tədqiqi üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Tədqiqat zamanı istifadə edilən metodlar vasitəsilə əldə olunan nəticələr qeydə alınmış, sistemləşdirilmiş və ətraflı şəkildə təhlil (keyfiyyət və kəmiyyət) edilmişdir. Tədqiqatın nəticələrinin statistik təhlilindən alınan nəticələr $p < 0,05$ əhəmiyyətlik dərəcəsinə əsasən müəyyən edilmişdir.

III Fəsil. Alınan nəticələr və onların müzakirəsi

Tədqiq olunanların (80 nəfər) sosial-demoqrafik göstəricilərinə əsasən müəyyən edilmişdir ki, iştirakçıların 90%-i (72 nəfər) Bakı və kənar şəhərlərdə, 10%-i (8 nəfər) rayonlarda yaşayır. Tədqiq olunan qadınların 74%-nin (59 nəfər) təhsil səviyyəsinin ali, 18%-nin (14 nəfər) orta və orta-ixtisas, 8%-nin (7 nəfər) orta-natmam olduğu müəyyən edilmişdir. Tədqiq olunan qadınların 60%-nin (48 nəfər) övladı olduğu, 40%-nin (32 nəfər) övladının olmadığı müəyyən edilmişdir. 25%-nin (20 nəfər) 0-1 il, 21%-nin (17 nəfər) 1-3 il, 23%-nin (18 nəfər) 3-5 il, 17%-nin (14 nəfər) 5-10 il və 14%-nin (11 nəfər) 10 ildən daha uzun müddət ailəli olduğu müəyyən edilmişdir. “Şəxsi məlumat anketi” nin nəticələri cədvəl 3.1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1

Tədqiq Olunan Qadınların Sosial-Demoqrafik Göstəriciləri
“Şəxsi məlumat anketi”

Tədqiq olunanların yaş həddi		Tədqiq olunanların yaşadığı bölgə		
20-45 yaş		<i>Bakı və kənar şəhərlər</i>		<i>Rayonlar</i>
		90%		10%
Tədqiq olunanların təhsil səviyyəsi				
<i>Ali təhsil</i>		<i>Orta və orta-ixtisas</i>		<i>Orta-natamam</i>
74%		18%		8%
Tədqiq olunanların evlilik müddəti				
<i>0-1 il</i>	<i>1-3 il</i>	<i>3-5 il</i>	<i>5-10 il</i>	<i>10 ildən çox</i>
25%	21%	23%	17%	14%
Tədqiq olunanların diaqnozu				
<i>Psixogen vaginizm olan</i>			<i>Digər ginekoloji problemləri olan</i>	
50%			50%	

Tədqiq olunan qrupların (tədqiqat və nəzarət) psixopatoloji hallarını diaqnostika etmək üçün, onlara “Qısa simptom testi” təqdim edilmişdir (cədvəl 3.2.). Belə ki, alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunanların 56%-nin (45 nəfər) ümumi narahatlıq indeksi yüksək, 69%-nin (55 nəfər) simptom narahatlıq indeksi yüksək, 59%-nin (47 nəfər) kəskin narahatlıq indeksi yüksəkdir.

Əldə olunan nəticələr şəkil 3.1-də təsvir edilmişdir.

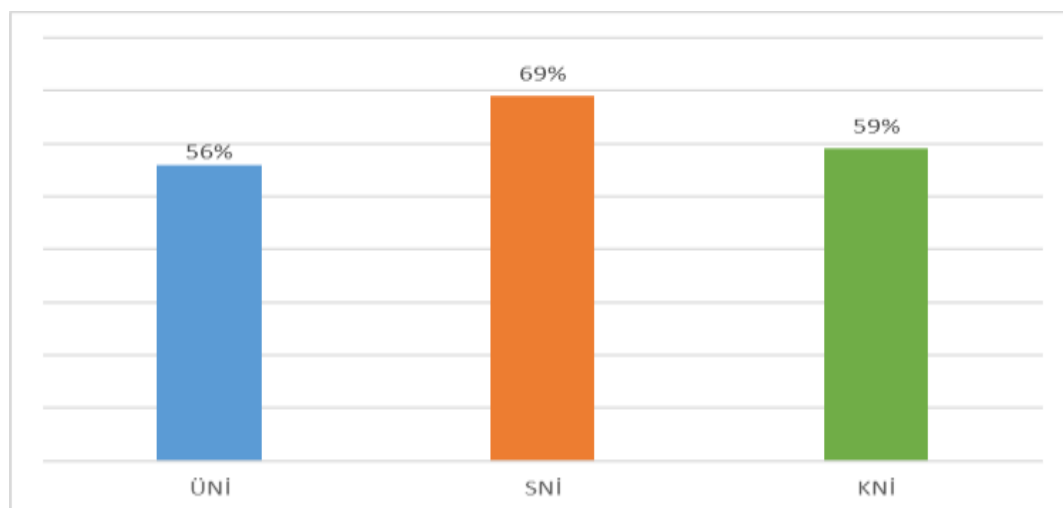
Cədvəl 3.2

ÜNI, SNI və KNI Göstəriciləri

İndekslər	Tədqiq olunanların göstəriciləri		
	<i>N</i>	%	<i>M</i>
Ümumi narahatlıq indeksi	45	56%	24,7
Simptom narahatlıq indeksi	55	69%	19,3
Kəskin narahatlıq indeksi	47	59%	13,5

Şəkil 3.1.

Tədqiq Olunanların ÜNI, SNI və KNI üzrə Göstəricilərinin Təsviri



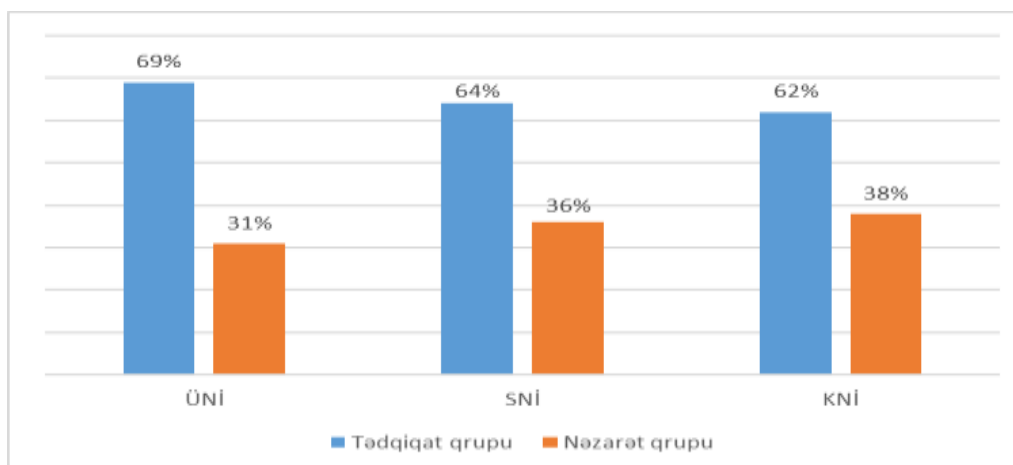
Əldə olunan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, ümumi narahatlıq indeksi üzrə yüksək göstəriciləri olan tədqiq olunanların 69%-i (31 nəfər) tədqiqat qrupuna, 31%-i (14 nəfər) nəzarət qrupuna daxil olan qadınlardır.

Simptom narahatlıq indeksi üzrə yüksək göstəriciləri olan tədqiq olunanların 64%-i (35 nəfər) tədqiqat qrupuna, 36%-i (20 nəfər) nəzarət qrupuna daxil olan qadınlardır.

Kəskin narahatlıq indeksi üzrə yüksək göstəriciləri olan tədqiq olunanların 62%-i (29 nəfər) tədqiqat qrupuna, 38%-i (18 nəfər) nəzarət qrupuna daxil olan qadınlardır (şəkil 3.2.).

Şəkil 3.2

Tədqiq olunan qrupların ÜNİ, SNİ və KNİ üzrə göstəricilərinin təsviri



Əldə etdiyimiz nəticələrə əsasən müəyyən olunur ki, tədqiq olunan qruplar üzrə, tədqiqat qrupuna daxil olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlardan ÜNİ, SNİ və KNİ üzrə göstəriciləri, nəzarət qrupuna daxil olan digər qadınlardan indekslər üzrə göstəricilərindən yüksəkdir (cədvəl 3.3.).

Cədvəl 3.3

ÜNİ, SNİ və KNİ Göstəriciləri (tədqiqat və nəzarət qrupu)

İndeks	Tədqiqat qrupu (Psixogen vaginizm olan)			Nəzarət qrupu (Digər ginekoloji problemləri olan)		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>
Ümumi narahatlıq indeksi	31	69%	27,6	14	31%	19,1
Simptom narahatlıq indeksi	35	64%	18,8	20	36%	11,6
Kəskin narahatlıq indeksi	29	62%	15,3	18	38%	10,1

Alınan nəticələrə əsasən tədqiqat və nəzarət qrupunun psixopatoloji hallarının rast gəlmə tezliyinə nəzər saldıqda, psixogen vaginizm olan qadınların göstəricilərinin, digər ginekoloji problemləri olan qadınların psixopatoloji hallar üzrə göstəricilərindən yüksək olduğu müəyyən edilmişdir (cədvəl 3.4).

Cədvəl 3.4

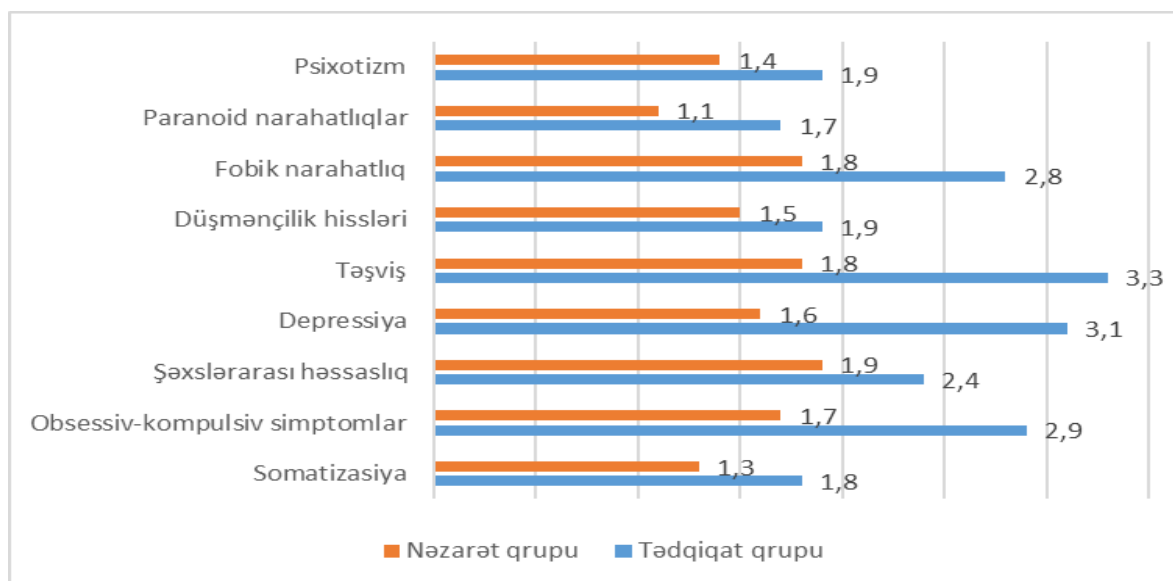
Psixopatoloji hallar üzrə göstəricilər (tədqiqat və nəzarət qrupu)

Psixopatoloji hallar	Tədqiqat qrupu	Nəzarət qrupu	Ümumi
	<i>M</i>		
Somatizasiya	1,8	1,3	1,4
Obsessiv-kompulsiv simptomlar	2,9	1,7	2,1
Şəxslərarası həssaslıq	2,4	1,9	2,3
Depressiya	3,1	1,6	2,6
Təşviş	3,3	1,8	2,1
Düşmənçilik hissləri	1,9	1,5	1,7
Fobik narahatlıq	2,8	1,8	2,3
Paranoid narahatlıqlar	1,7	1,1	1,5
Psixotizm	1,9	1,4	1,6

Alınan nəticələrə nəzər saldıqda tədqiqat qrupuna daxil olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların OKB, depressiya, təşviş və fobik narahatlıqlar üzrə göstəricilərinin, nəzarət qrupunda olan qadınlardan olduqca yüksək olduğunu müşahidə etmiş oluruq. Digər psixopatoloji hallar üzrə göstəricilər də tədqiqat qrupundakı qadınlarda yüksək olsa da, fərq o qədər də böyük deyildir. (şəkil 3.3.).

Şəkil 3.3.

Psixopatoloj Hallar üzrə Göstəricilərin Təsviri (tədqiqat və nəzarət qrupu)



Əldə olunan verilənlərin normal paylanıb – paylanmamasını müəyyən etmək üçün, normallıq testləri istifadə edilmişdir. Normallıq testlərinin nəticələri aşağıda cədvəl 3.5-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.5.

Normallıq Testlərinin Nəticələri (“Kolmogorov-Smirnov”; “Shapiro-Wilk”)

Diaqnostik metod	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Stats.	DF	Sig.	Stats.	DF	Sig.
Qısa simptom testi	0,298	80	0,057	0,385	80	0,064

Normallıq testlərinin nəticələrindən müəyyən etmiş oluruq ki, əldə olunan verilənlər normal paylanmışdır ($p > 0,05$). Belə ki, alınan bu nəticəyə əsasən, tədqiqat zamanı parametrik testlərin istifadə edilməsi məqsədəuyğun hesab edilmişdir.

Tədqiqat zamanı irəli sürülən əsas fərziyyənin tədqiqi üçün “t test” istifadə edilmişdir. Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda psixopatoloji halların rast gəlmə tezliyinin,

vaginizm olmayan digər qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmasının müqayisəli tədqiqindən əldə olunan nəticələr aşağıda cədvəl 3.6-da təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.6

Tədqiqat və Nəzarət Qrupun ÜNİ, SNİ və KNİ Nəticələrinin Müqayisəli Tədqiqi (t test)

İndekslər	Tədqiqat qrupu		Nəzarət qrupu		Sig.	t
	M	SD	M	SD		
Ümumi narahatlıq indeksi	27,6	1,1	19,1	1,3	0,000	0,919
Simptom narahatlıq indeksi	18,8	1,1	11,6	1,1	0,000	0,785
Kəskin narahatlıq indeksi	15,3	1,1	10,1	1,3	0,003	0,799

Cədvəl 3.6-da təsvir olunduğu kimi t əmsalının almış olduğu qiymətə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınlardan təşkil olunmuş tədqiqat qrupu üzvlərinin ümumi narahatlıq indeksi üzrə nəticələri, vaginizm olmayan nəzarət qrupu üzvlərinin nəticələrindən yüksəkdir ($t=0,919$).

Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların simptom narahatlıq indeksi üzrə nəticələri, digər qadınların nəticələrindən yüksəkdir ($t=0,785$).

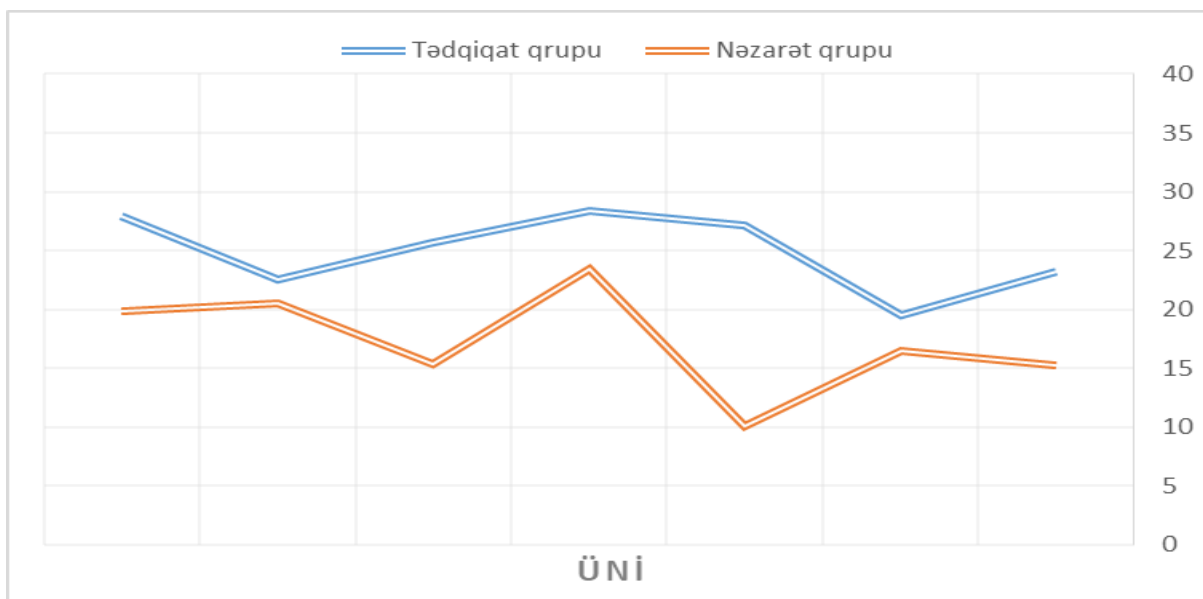
Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların kəskin narahatlıq indeksi üzrə nəticələri, digər qadınların nəticələrindən yüksəkdir ($t=0,799$).

t əmsalından əldə olunan bu nəticələr əhəmiyyətli dərəcədə ($p<0,05$) olduğu üçün statistik dürüstlük təmin edilmişdir.

Alınan nəticələrə əsasən qeyd edə bilərik ki, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan, tədqiqat qrupuna daxil olan qadınların psixopatoloji hallar üzrə, indekslərinin nəticələri, digər ginekoloji problemləri olan qadınlardan əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir (şəkil 3.4., 3.5., 3.6.). Belə ki, tədqiq olunan qrupların psixopatoloji vəziyyəti ayrı-ayrılıqda müqayisəli tədqiq edilmişdir (cədvəl 3.7).

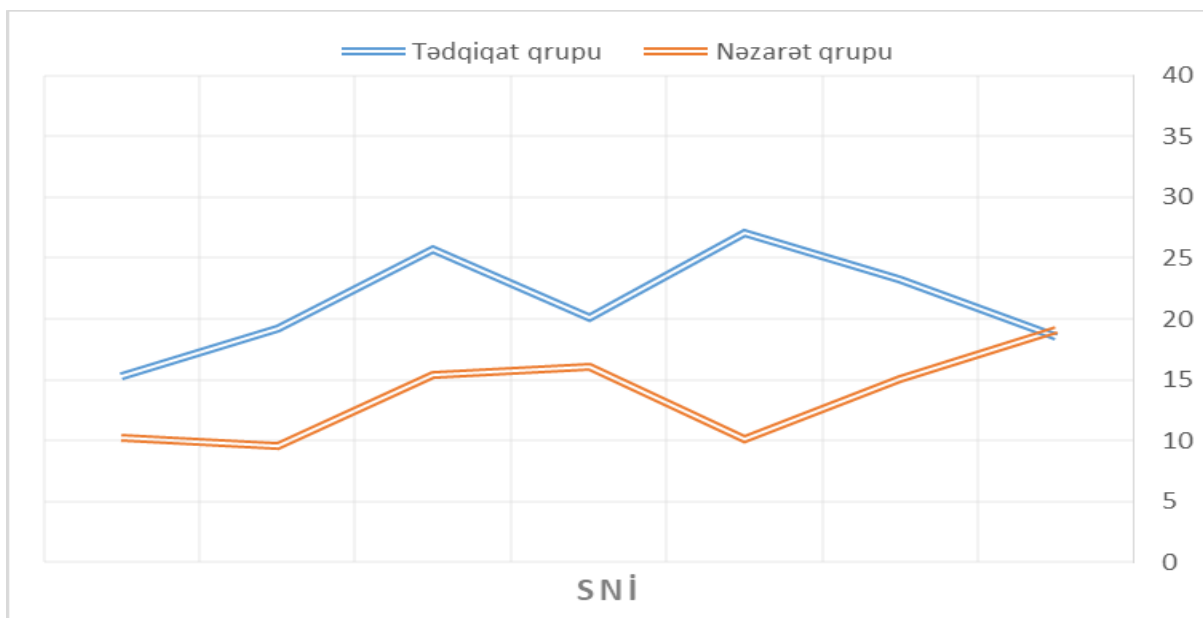
Şəkil 3.4

Tədqiq Olunan Qrupların ÜNİ üzrə Nəticələrinin Müqayisəli Tədqiqinin Təsviri



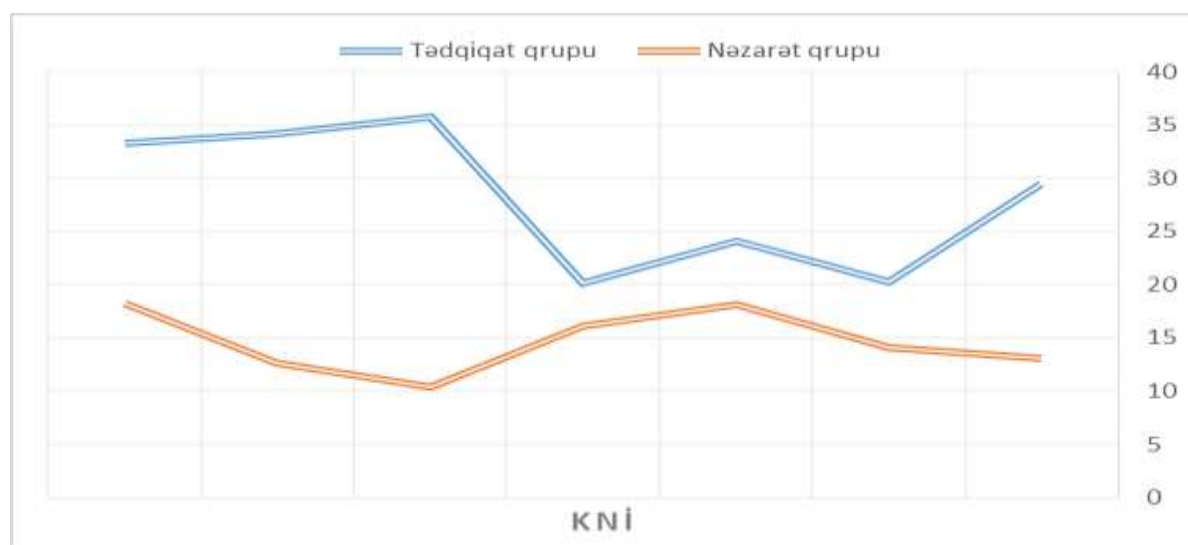
Şəkil 3.5

Tədqiq Olunan Qrupların SNİ üzrə Nəticələrinin Müqayisəli Tədqiqinin Təsviri



Şəkil 3.6

Tədqiqat Olunan Qrupların KNİ üzrə Nəticələrinin Müqayisəli Tədqiqinin Təsviri



Cədvəl 3.7.

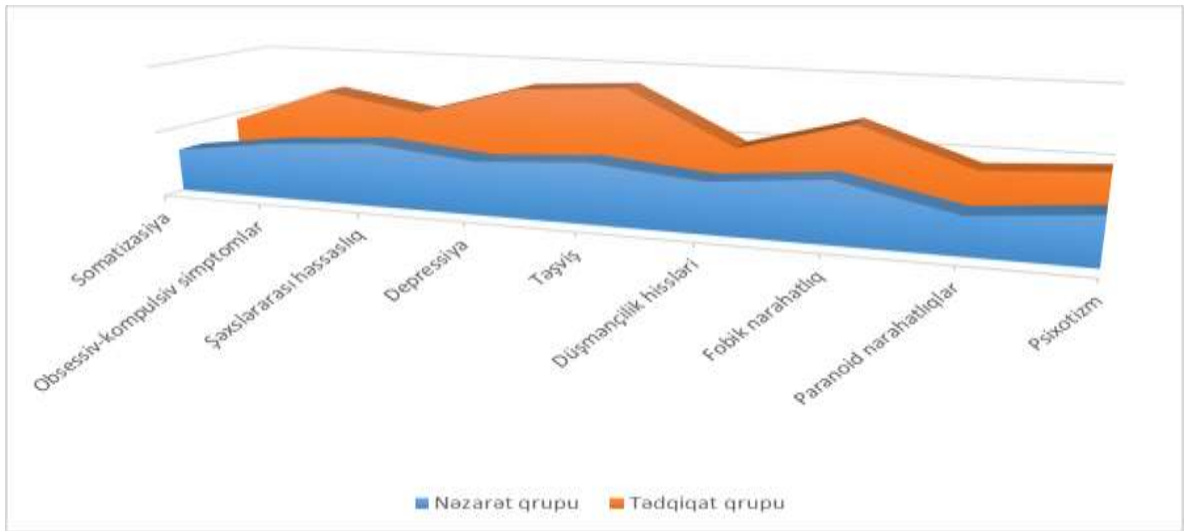
Tədqiqat və Nəzarət Qrupun Psixopatoloji Hallar üzrə Nəticələrinin Müqayisəli Tədqiqi (t test)

İndekslər	Tədqiqat qrupu		Nəzarət qrupu		Sig.	t
	M	SD	M	SD		
Somatizasiya	1,8	1,3	1,3	1,1	0,060	0,235
Obsessiv-kompulsiv simptomlar	2,9	1,3	1,7	1,1	0,011	1,405
Şəxslərarası həssaslıq	2,4	1,1	1,9	1,1	0,045	1,236
Depressiya	3,1	1,3	1,6	1,1	0,001	1,618
Təşviş	3,3	1,1	1,8	1,3	0,000	1,997
Düşmənçilik hissləri	1,9	1,2	1,5	1,1	0,063	0,120
Fobik narahatlıq	2,8	1,1	1,8	1,1	0,000	0,890
Paranoid narahatlıqlar	1,7	1,3	1,1	1,3	0,067	0,105
Psixotizm	1,9	1,1	1,4	1,3	0,079	0,094

Cədvəl 3.7-də qeyd edilən göstəricilərə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, vaginizm diaqnozu qoyulan tədqiqat qrupundakı qadınların, psixopatoloji hallarından obsessiv-kompulsiv simptomlar ($t= 1,405$), şəxslərarası həssaslıq ($t= 1,236$), depressiya ($t= 1,618$), təşviş ($t= 1,997$) və fobik narahatlıq ($t= 0,890$) üzrə göstəriciləri, digər ginekoloji problemi olan, nəzarət qrupundakı qadınların müvafiq göstəricilərindən yüksəkdir. t əmsalından əldə edilən bu nəticələr əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p<0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmiş hesab olunur (şəkil 3.7.).

Şəkil 3.7.

Tədqiqat və Nəzarət Qrupun Psixopatoloji Hallar üzrə Nəticələrinin Müqayisəli Tədqiqinin Təsviri



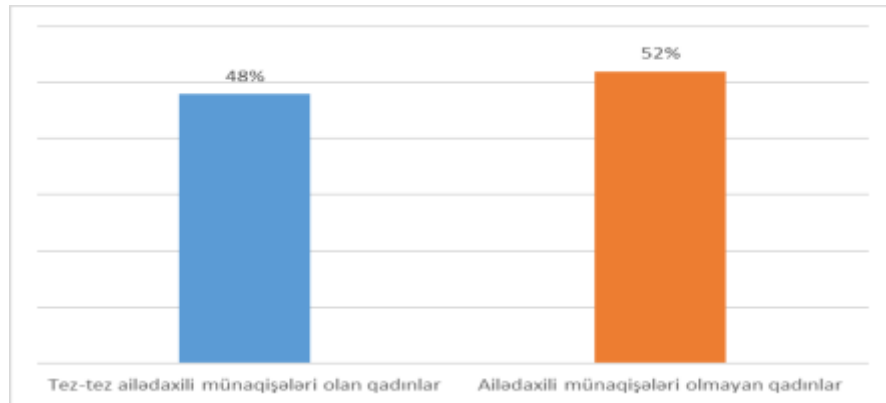
Tədqiqat qrupunda olan qadınların somatizasiya ($t= 0,235$), düşmənçilik hissləri ($t= 0,120$), paranoid narahatlıqlar ($t= 0,105$) və psixotizm ($t= 0,094$) psixopatoloji halları üzrə göstəriciləri, nəzarət qrupundakı tədqiq olunanların göstəricilərindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənmədiyi müəyyən edilmişdir ($p>0,05$).

Alınan nəticələrə nəzər saldıqda xüsusilə də psixogen vaginizm olan qadınlarda depressiya və təşviş əlamətlərinin yüksək olduğunu müşahidə etmiş oluruq (şəkil 3.7.). Psixogen vaginizm olan qadınlarda, digər qadınlara nisbətən depressiya və təşviş səviyyəsi nəzərə çarpacaq səviyyədə, əhəmiyyətli dərəcədə fərqlidir.

Tədqiq olunan qadınlara təqdim etmiş olduğumuz məlumat sorğusunun nəticələrinə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan qadınların 48%-də (38 nəfər) ailədaxili münaqişələr tez-tez təkrarlanır. 52%-də (42 nəfər) isə ailədaxili münaqişələrin olmadığı müəyyən edilmişdir (3.8).

Şəkil 3.8

Tədqiq Olunan Qadınların Ailədaxili Münaqişələr üzrə Göstəricilərinin Təsviri



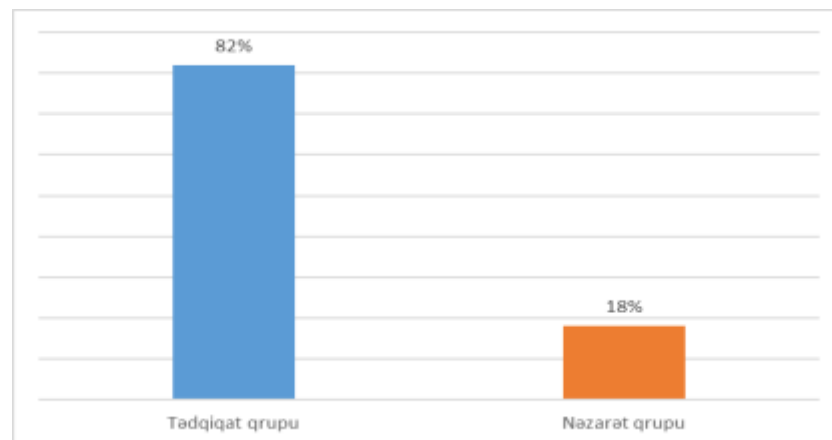
Ailədaxili münaqişələri olan qadınların 82%-ini (31 nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulmuş tədqiqat qrupuna daxil olan tədqiq olunanlar təşkil edir. Ailədaxili münaqişələri olan qadınların 18%-i isə (7 nəfər) ginekoloqa digər problemlərlə bağlı müraciət edən tədqiq olunanlardır.

Ailədaxili münaqişələri olmayan qadınların 21%-i (9 nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan tədqiqat qrupuna daxil olan tədqiq olunanlardır. Ailədaxili münaqişələri olmayan qadınların 79%-i isə (33 nəfər) digər problemlər ilə əlaqədar ginekoloqa müraciət edən tədqiq olunanlardır.

Ailədaxili münaqişələrin mövcudluğuna əsasən əldə olunan nəticələrin təsviri şəkil 3.9 və 3.10-da əksini tapmışdır.

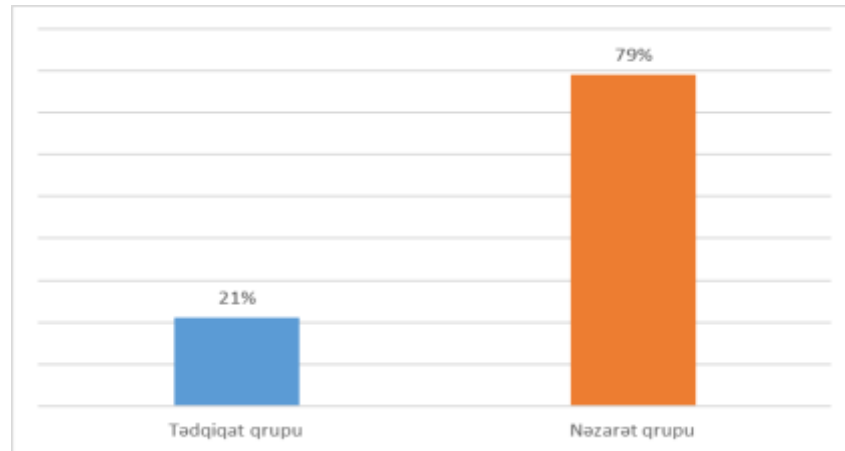
Şəkil 3.9

Ailədaxili Münaqişələri Olan Qadınların Tədqiq Olunan Qruplar üzrə Göstəricilərinin Təsviri



Şəkil 3.10

Ailədaxili Münacişələri Olmayan Qadınların Tədqiq Olunan Qruplar üzrə Göstəricilərinin Təsviri



Belə ki, əldə olunan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, ailədaxili münacişələri olan qadınların əksəriyyəti tədqiqat qrupunda olan (psixogen vaginizm diaqnozu qoyulmuş) qadınlardır. Ailədaxili münacişələri olmayan qadınların əksəriyyəti isə, nəzarət qrupunda olan (ginekoloqa digər problemlərlə bağlı müraciət edən) qadınlardır.

Tədqiqat zamanı psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda psixopatoloji halların, ailədaxili münacişələrə əsasən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməsini müəyyən-ləşdirmək üçün köməkçi fərziyyə irəli sürülmüşdür. Belə ki, sorğunun nəticələrində də görmüş oluruq ki, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların ailələrində tez-tez münacişələr yaşanır. Belə ki, vaginizm diaqnozu, ailədə cinsi həyatın keyfiyyətini aşağı salmış olur ki, bu da ailədaxili münasibətlərin yaşanmasına zəmin yaratmış olur. Beləliklə, həm vaginizm diaqnozunun qoyulması, həm də ailə daxilində münacişələrin yaşanması bu qadınlarda psixopatoloji halların təzahür etməsinə səbəb ola bilər.

Belə ki, tədqiqatın ilk mərhələsində də, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan tədqiqat qrupuna daxil olan qadınların ÜNİ, SNİ və KNİ üzrə göstəricilərinin, nəzarət qrupuna nisbətən yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların 78%-də (31 nəfər) ümumi narahatlıq indeksi, 88%-də (35 nəfər) simptom narahatlıq indeksi və 73%-də (29 nəfər) kəskin narahatlıq indeksi yüksək olaraq müəyyən edilmişdir (cədvəl 3.8.). Əldə olunan nəticələrin təsviri şəkil 3.11-də təqdim edilmişdir.

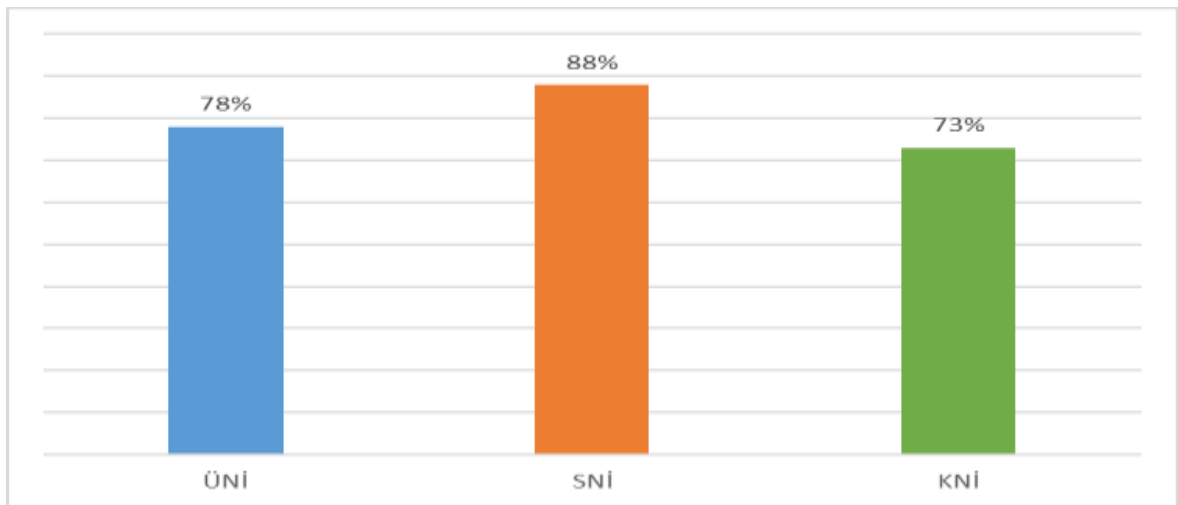
Cədvəl 3.8

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların ÜNİ, SNİ və KNİ Göstəriciləri

İndekslər	Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlar		
	<i>N</i>	%	<i>M</i>
Ümumi narahatlıq indeksi	31	78%	27,6
Simptom narahatlıq indeksi	35	88%	18,8
Kəskin narahatlıq indeksi	29	73%	15,3

Şəkil 3.11

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların ÜNİ, SNİ və KNİ üzrə Göstəricilərinin Təsviri



Ümumi narahatlıq indeksi üzrə göstəriciləri yüksək olan tədqiq olunanların 94%-i (29 nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan və ailədaxili münacişələri olan qadınlar, 6%-i (2 nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan və ailədaxili münacişələri olmayan qadınlardır (şəkil 3.12).

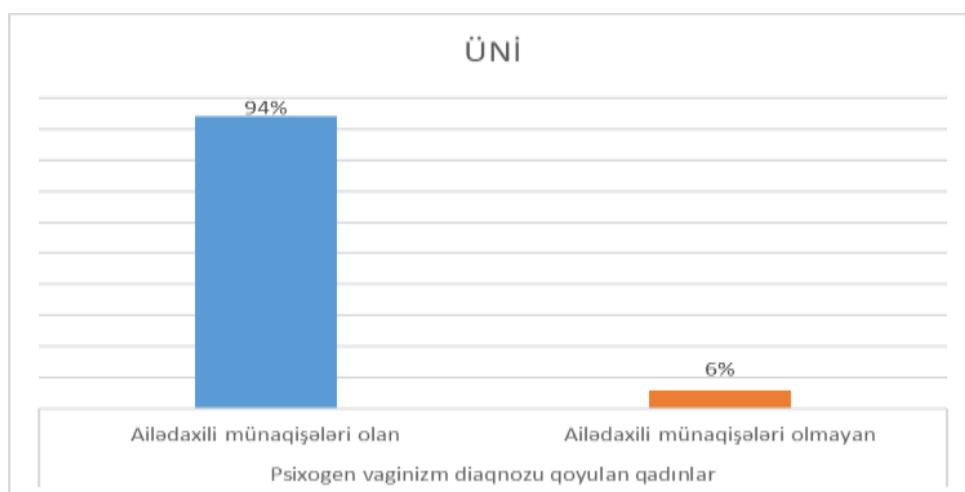
Simptom narahatlıq indeksi üzrə göstəriciləri yüksək olan tədqiq olunanların 89%-i (31 nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan və ailədaxili münacişələri olan qadınlar, 11%-i (4

nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan və ailədaxili münaqişələri olmayan qadınlardır (şəkil 3.13).

Kəskin narahatlıq indeksi üzrə göstəriciləri yüksək olan tədqiq olunanların 93%-i (27 nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan və ailədaxili münaqişələri olan qadınlar, 7%-i (2 nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan və ailədaxili münaqişələri olmayan qadınlardır (şəkil 3.14).

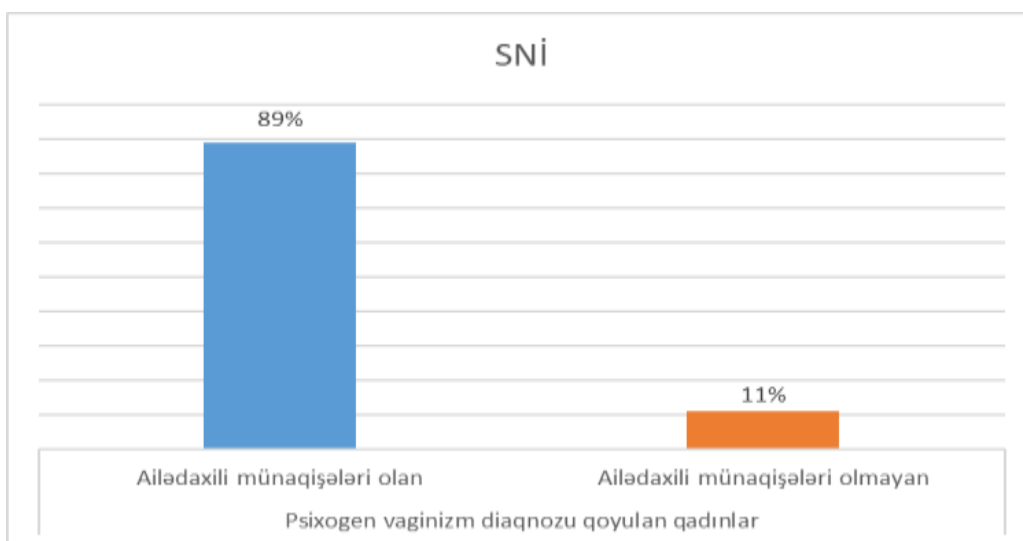
Şəkil 3.12

Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların ÜNİ üzrə nəticələrinin ailədaxili münaqişələrə əsasən müqayisəli təsviri



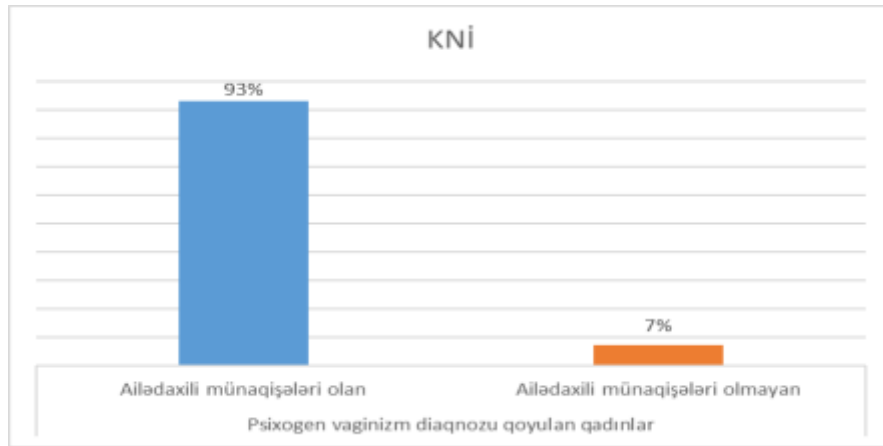
Şəkil 3.13

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların SNİ üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Təsviri



Şəkil 3.14

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların KNI üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Təsviri



Ümumi olaraq, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların, ÜNİ, SNİ və KNI üzrə nəticələrini, ailədaxilində olan münaqişələrə əsasən müqayisəli təhlil etdiyimiz zaman, müşahidə etmiş oluruq ki, bu qadınlarda qeyd edilən göstəricilər, ailədaxili münaqişələri olanlarda, ailədaxili münaqişələri olmayanlara nisbətən yüksəkdir. Belə ki, psixogen vaginizm diaqnozu ailə daxilində münaqişələrin yaranmasına təsir edir, həmçinin psixopatoloji halların da kompleks təzahürünə zəmin yaratmış olur. Əldə olunan ümumi nəticələr aşağıda cədvəl 3.9-da təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.9

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların ÜNİ, SNİ və KNI üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Təhlili

İndekslər	Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlar					
	Ailədaxili münaqişələri olan			Ailədaxili münaqişələri olmayan		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>
Ümumi narahatlıq indeksi	29	94%	25,7	2	6%	12,3
Simptom narahatlıq indeksi	31	89%	18,2	4	11%	10,4
Kəskin narahatlıq indeksi	27	93%	14,1	2	7%	7,6

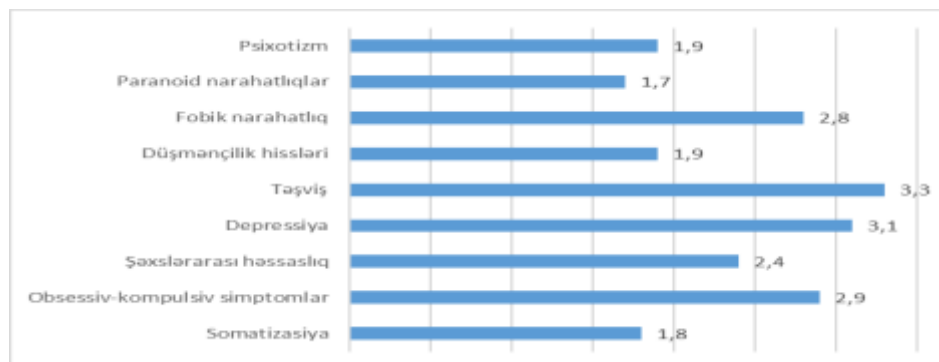
Cədvəl 3.10

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların Psixopatoloji Hallar üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Təhlili

Psixopatoloji hallar	Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlar		Ümumi
	Ailədaxili münaqişələri olan	Ailədaxili münaqişələri olmayan	
	<i>M</i>		
Somatizasiya	2,1	1,4	1,8
Obsessiv-kompulsiv simptomlar	2,8	1,8	2,9
Şəxslərarası həssaslıq	2,7	1,9	2,4
Depressiya	3,3	2,6	3,1
Təşviş	3,1	2,3	3,3
Düşmənçilik hissləri	2,2	1,7	1,9
Fobik narahatlıq	3,1	2,2	2,8
Paranoid narahatlıqlar	2,6	1,3	1,7
Psixotizm	2,9	1,8	1,9

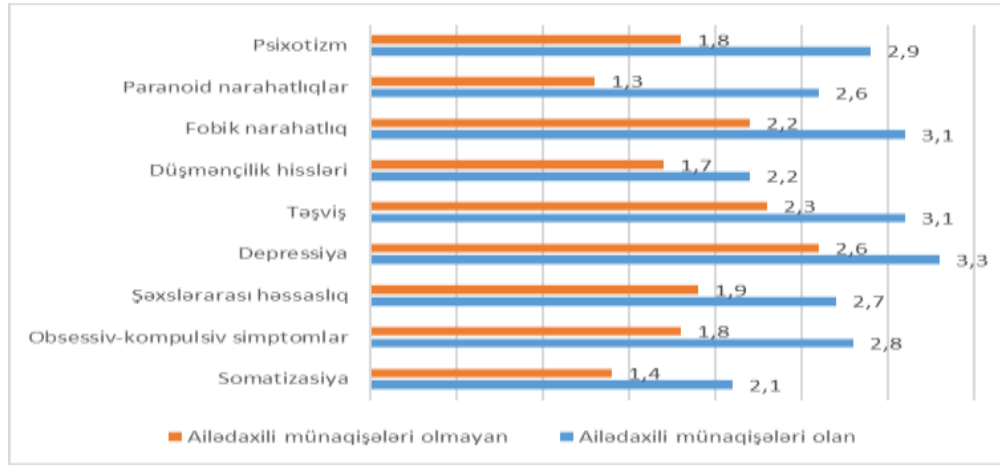
Şəkil 3.15

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların Psixopatoloji Hallar üzrə Nəticələrinin Təsviri



Şəkil 3.16

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların Psixopatoloji Hallar üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Təsviri



Cədvəl 3.11

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların ÜNİ, SNİ və KNİ üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Tədqiqi (T test)

İndekslər	Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlar				Sig.	t
	Ailədaxili münaqişələri olan		Ailədaxili münaqişələri olmayan			
	M	SD	M	SD		
Ümumi narahatlıq indeksi	25,7	0,9	12,3	1,1	0,002	1,815
Simptom narahatlıq indeksi	18,2	1,2	10,4	1,2	0,001	1,290
Kəskin narahatlıq indeksi	14,1	0,8	7,6	1,1	0,002	0,909

Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların ailədaxili münaqişələrinin mövcudluğuna əsasən psixopatoloji hallarının təhlili cədvəl 3.10-da təqdim edilmişdir.

Ümumi nəticələrə nəzər saldıqda, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlar arasında depressiya və təşviş səviyyəsinin vaginizm olmayan digər qadınların psixopatoloji hallar üzrə göstəricilərinə nisbətən yüksək olduğunu müşahidə etmiş oluruq (şəkil 3.15.).

Belə ki, nəticələrn təhlilinə əsasən psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan və həmçinin də ailədaxili münaqişələri olan qadınlarda psixpatoloji halların, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan, lakin ailədaxili münaqişələri olmayan qadınlara nisbətən daha çox olduğu müəyyən edilmişdir (şəkil 3.16).

Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda psixopatoloji halların, onların ailədaxili münaqişələrə əsasən əhəmiyyətli dərəcədə fərqli olduğunu statistik olaraq müəyyən etmək üçün “t test” istifadə edilmişdir. İlk olaraq ümumi indekslər üzrə alınan göstəricilər təyin edilmişdir. Əldə olunan nəticələr cədvəl 3.11-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.11-ə nəzər saldıqda, müəyyən etmiş oluruq ki, ailədaxili münaqişələri olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarn ümumi narahatlıq indeksi üzrə nəticələri, ailədaxili münaqişələri olmayan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarn ümumi narahatlıq indeksi üzrə nəticələrindən yüksəkdir ($t=1,815$). Əldə olunan bu nəticələr əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p<0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmişdir.

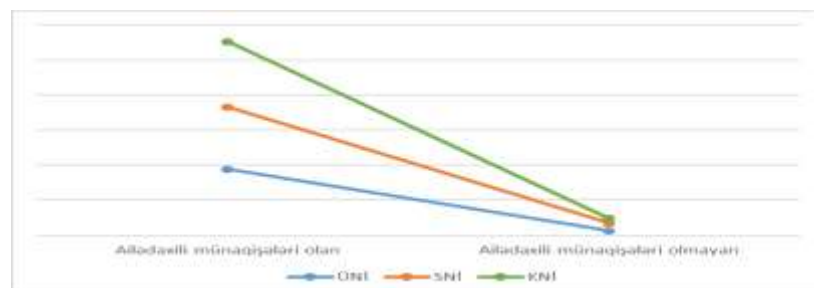
Ailədaxili münaqişələri olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarn simptom narahatlıq indeksi üzrə nəticələri, ailədaxili münaqişələri olmayan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarn simptom narahatlıq indeksi üzrə nəticələrindən yüksəkdir ($t=1,290$). Əldə olunan bu nəticələr əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p<0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmişdir.

Ailədaxili münaqişələri olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarn kəskin narahatlıq indeksi üzrə nəticələri, ailədaxili münaqişələri olmayan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarn kəskin narahatlıq indeksi üzrə nəticələrindən yüksəkdir ($t=0,909$). Əldə olunan bu nəticələr əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p<0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmişdir.

t əmsalından əldə olunan statistik göstəricilərə əsasən, alınan nəticələrin müqayisəli tədqiqi şəkil 3.17-də təqdim edilmişdir.

Şəkil 3.17

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınlarn ÜNİ, SNİ və KNİ üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Təsviri



Cədvəl 3.12

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların Psixopatoloji Hallar üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Tədqiqi (T test)

İndekslər	Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlar				Sig.	t
	Ailədaxili münaqişələri olan		Ailədaxili münaqişələri olmayan			
	M	SD	M	SD		
Somatizasiya	2,1	1,3	1,4	1,1	0,001	1,101
Obsessiv-kompulsiv simptomlar	2,8	1,1	1,8	1,1	0,000	1,069
Şəxslərarası həssaslıq	2,7	1,1	1,9	1,1	0,020	0,985
Depressiya	3,3	1,3	2,6	1,1	0,000	1,315
Təşviş	3,1	1,2	2,3	1,1	0,000	1,208
Düşmənçilik hissləri	2,2	1,1	1,7	1,3	0,065	0,231
Fobik narahatlıq	3,1	1,1	2,2	1,1	0,000	1,090
Paranoid narahatlıqlar	2,6	1,3	1,3	1,3	0,000	0,916
Psixotizm	2,9	1,1	1,8	1,3	0,004	1,060

Əldə etmiş olduğumuz bu nəticələrə əsasən, ailədaxili münaqişələrin tez-tez təkrarlanması psixogen vaginizm olan qadınların psixi vəziyyətinə mənfi təsir etmiş olduğunu müəyyən etmiş oluruq. Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda psixopatoloji halların ayrı-ayrılıqda tədqiqindən əldə olunan nəticələr cədvəl 3.12-də təqdim edilmişdir.

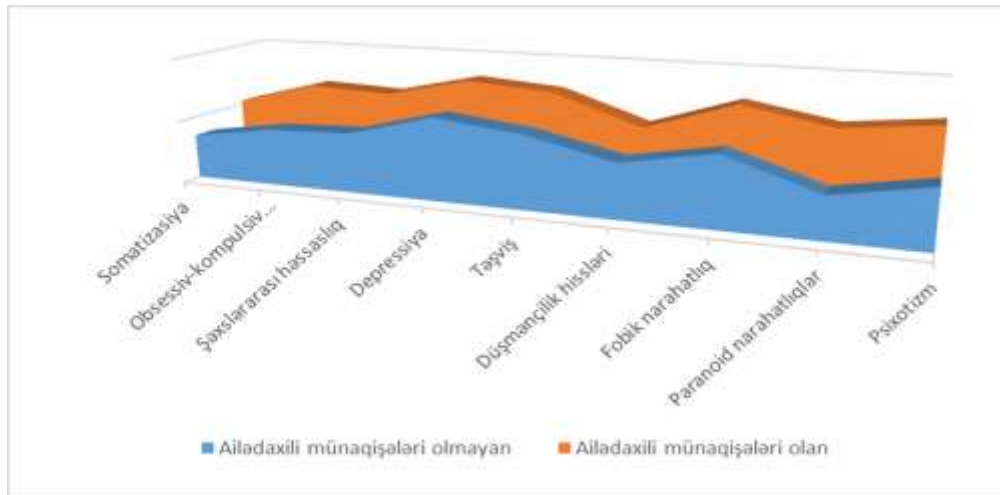
Cədvəl 3.12-də qeyd edilən göstəricilərə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, ailədaxili münaqişələri olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların, psixopatoloji hallarından somatizasiya ($t=1,101$), obsessiv-kompulsiv simptomlar ($t=1,069$), şəxslərarası həssaslıq ($t=0,985$), depressiya ($t=1,315$), təşviş ($t=1,208$), fobik narahatlıq ($t=1,090$), paranoid

narahatlıqlar ($t=0,916$) və psixotizm ($t=1,060$) üzrə göstəriciləri, ailədaxili münaqişələri olmayan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların müvafiq göstəricilərindən yüksəkdir. T əmsalından əldə edilən bu nəticələr əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p<0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmiş hesab olunur.

Ailədaxili münaqişələri olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların, psixopatoloji hallarından düşmənçilik hissləri ($t=0,231$) üzrə göstəricilərinin, ailədaxili münaqişələri olmayan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların müvafiq göstəricilərindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənmədiyi müəyyən edilmişdir ($p>0,05$). Alınan nəticələrin müqayisəli təsviri şəkil 3.18-də təqdim edilmişdir.

Şəkil 3.18

Psixogen Vaginizm Diaqnozu Qoyulan Qadınların Psixopatoloji Hallar üzrə Nəticələrinin Ailədaxili Münaqişələrə əsasən Müqayisəli Təsviri



Belə ki, tədqiqat metodlarının işlənilməsindən əldə olunan nəticələrə əsasən, irəli sürülən əsas fərziyyənin statistik olaraq əhəmiyyətli olduğunu müəyyən etmiş oluruq. Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda psixopatoloji hallara rast gəlinmə tezliyinin vaginizm olmayan digər qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olması tədqiqat zamanı təsdiqini tapmışdır.

Tədqiqat zamanı irəli sürülən köməkçi fərziyyənin də statistik olaraq əhəmiyyətli olması müəyyən edilmişdir. Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda psixopatoloji halların ailədaxili münaqişələrə əsasən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməsi tədqiqat zamanı təsdiqini tapmışdır.

Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələr əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün statistik dürüstlük təmin edilmiş, tərəfimizdən irəli sürülən fərziyyələrin eksperimental əhəmiyyəti olduğu müəyyən edilmişdir.

NƏTİCƏ

Cinsiyyət orqanlarında – çanaqda ağrı və ya penetrasiya pozuntusu (DSM, 2022) başlığı altında olan vaginizm, qadın cinsi disfunksiyaları arasında mühüm yer tutur. Vaginizm, çanaq dibinin əzələlərinin, xüsusən də vaginanı əhatə edən əzələlərin şüursuz, qeyri-iradi və refleksiv şəkildə yığılması nəticəsində penisin vajinaya daxil olmasına mane olan bir vəziyyətdir (Ertuğrul Taş, 2020).

Problemə dair yerli və xarici ədəbiyyatlarda əks olunmuş məlumatların ümumiləşdirilməsi bizə bir sıra nəticələr çıxarma imkanı verir. Aparılmış araşdırmalar nəticəsində məlum olmuşdur ki, cinsi disfunksiyaların bir növü kimi vaginizm ümumi cinsi disfunksiyaların 3-11%-ni təşkil edir. Eyni zamanda aydın olmuşdur ki, vaginizm bioloji, sosial və psixoloji olmaq üzrə bir sıra amillərlə şərtlənmiş olur. Araşdırmalar aşkara çıxarmışdır ki, vaginizmin psixoloji determinantları stressli həyat tərzini, mühafizəkar tərbiyə, günahkarlıq hissi kimi amillərdən şəxsiyyət pozuntularına qədər uzanan geniş sahəyə malikdir. Cinsi tərbiyə və cinsi maarifləndirmənin zəif olmasının da sadalanan amillər sırasında olması sözügedən problemlə bağlı praktik işlərin çatışmazlıqlarını göz önünə qoyur.

Dissertasiya işinin nəzəri təhlilində psixogen vaginizmin digər psixi pozuntularla əlaqəsi haqqında yanaşma və araşdırmalara da geniş yer verilmişdir.

Elmi ədəbiyyatların təhlilinə əsasən müəyyən edilmişdir ki, psixogen vaginizm psixi pozuntulardan ən çox depressiya, təşviş, obsesiv-kompulsiv pozuntu və posttravmatik stress pozuntusu ilə əlaqəlidir. Həmçinin elmi ədəbiyyatların təhlili zamanı müəyyən etmiş olduq ki, qadının partnyoru ilə münasibətində baş verən konfliktlər də psixogen vaginizm ilə əlaqələnmiş ola bilər. Nəzəri təhlildən irəli çıxaraq tədqiqat hisəsində psixogen vaginizmin digər psixi pozuntularla əlaqəsinin təhlilinə baxılmışdır.

Tədqiqat işinin statistik təhlili zamanı gözlənilməli kimi psixogen vaginizm olan qadınların psixopatoloji hallar üzrə göstəricilərinin yüksək olduğu müəyyən edilmişdir. Psixopatoloji halların hər birinə ayrılıqda nəzər yetirdikdə isə psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların OKB, depressiya, təşviş və fobik narahatlıqlar üzrə göstəricilərinin, nəzarət qrupunda olan qadınlardan əhəmiyyətli səviyyədə yüksək olduğu aşkar edilmişdir. Xüsusilə də psixogen vaginizm olan qadınlarda depressiya və təşviş əlamətlərinin yüksək olması təsbit edilmişdir. Beləliklə tədqiqat metodlarının işlənilməsindən əldə olunan nəticələrə əsasən, irəli sürülən əsas fərziyyənin statistik olaraq əhəmiyyətli olduğunu müəyyən etmiş olduq.

Əsas fərziyyənin doğruluğunu müəyyənləşdirildikdən sonra köməkçi fərziyyə təhlil edilmişdir. Bunun üçün respondentlərə təqdim etmiş olduğumuz demoqrafik sorğunun

nəticələrinin statistik analizinə əsaslandıq. Bu zaman müəyyən oldu ki, tədqiq olunan qadınların 48%-də (38 nəfər) ailədaxili münaqişələr tez-tez təkrarlanır. 52%-də (42 nəfər) isə ailədaxili münaqişələri olmadığı müəyyən edilmişdir. Ailədaxili münaqişələri olan qadınların 82%-i (31 nəfər) psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlardır.

Tədqiqatdan alınmış nəticələrin təhlilinə əsasən müəyyən edilmişdir ki, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulması ilə yanaşı ailədaxili münaqişələri olan qadınlarda psixopatoloji hallar daha çox aşkar olunmuşdur.

Tədqiqat zamanı irəli sürülən əlavə fərziyyənin də statistik olaraq əhəmiyyətli olması müəyyən edilmişdir. Belə ki, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda psixopatoloji halların ailədaxili münaqişələrə əsasən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməsi tədqiqat zamanı təsdiqini tapmışdır.

Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələr əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün statistik dürüstlük təmin edilmiş, tərəfimizdən irəli sürülən fərziyyələrin eksperimental əhəmiyyəti olduğu müəyyən edilmişdir. Tədqiqat işinin keyfiyyət və kəmiyyət təhlilindən alınan nəticələr ümumi olaraq aşağıda qeyd edilmişdir:

- Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların ÜNİ, SNİ və KNİ üzrə göstəriciləri, vaginizm olmayan digər qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir;
- Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda depressiya və təşviş səviyyəsi, vaginizm olmayan digər qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir;
- Psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların ailəsində münaqişələrin yaşanma halları, vaginizm olmayan digər qadınlara nisbətən daha çoxdur;
- Ailədaxili münaqişələri olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınların test nəticələrində ailədaxili münaqişələri olmayan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarla əhəmiyyətli fərqlilik izlənilir;
- Ailədaxili münaqişələri olan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlarda xüsusilə OKB, depressiya və təşviş səviyyəsi ailədaxili münaqişələri olmayan, psixogen vaginizm diaqnozu qoyulan qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir.

Tədqiqat işimizin ümumi məqsədi psixogen vaginizm və psixi pozuntular arasındakı əlaqəni araşdırmaq, statistik təhlil vasitəsilə ailədaxili münaqişənin psixi pozuntulara necə təsir etdiyini ətraflı şəkildə şərh etməkdən ibarətdir. Bütün yazılanları ümumiləşdirərək belə bir nəticəyə gəlmək mükündür ki, psixogen vaginizm və digər psixi pozuntular arasında əhəmiyyətli səviyyədə əlaqə mövcuddur. Həmçinin psixogen vaginizm probleminin ailədaxili münaqişələrlə müşayiət olunması bu pozuntuların yaranmasının əsas səbəblərindən biri kimi çıxış edir.

Dissertasiya işindən əldə olunmuş tədqiqat nəticələri gələcəkdə aparılacaq tədqiqatlar üçün praktik baza kimi istifadə olunmaqla bərabər, vaxtınızlı şəxslərə psixoloji yardım sahəsində fəaliyyət göstərən psixoloq və psixoterapevtlərin işinin daha effektiv təşkil olunması üçün faydalı ola bilər.

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. Səhiyyə Nazirliyi. (2021). *Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol* (2-ci nəşr, yenilənmiş). İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi (İSİM). <https://isim.az/>
2. Səhiyyə Nazirliyi. (2021). *Təşviş Pozuntularının Diaqnostika Və Müalicəsi Üzrə Klinik Protokol* (2-ci nəşr, yenilənmiş). İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi (İSİM). <https://isim.az/>
3. Cavadov R.Ə., Tağıyeva G.B. (2006), *Ekstremal şəraitdə psixoloji xidmət*. Bakı.
4. Kerimova, M., Osmanli, N. (2016). *The Brief Symptom Inventory: A Validity-Reliability Study of a Sample from Azerbaijan*. Journal of Education and Training Studies, 4(12), 153-159.
5. Şəfiyeva E.İ. (2002). *Klinik psixologiya*. Bakı, BDU.
6. Abramov L., Wolman I., & David M. P. (1994). *Vaginismus: an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome // Gynecol Obstet Invest.* – 38. – P. 194–197.
7. Achour R., Koch M., Zgueb Y., Ouali U., & Ben Hmid R. (2019). *Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties // Psychol Res Behav Manag.* – 12. – P. 137–143. DOI:10.2147/PRBM.S186950]
8. Ali, D.A., İsmet, G., Önder, S., Muzaffer, S.Ç., Süleyman, E., & Pınar A. (2020) *Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus*. JBRA Assisted Reproduction 24(2). p. 180-188
9. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 992 p.
10. American Psychiatric Association. (2023). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
11. Balon, R. (2011). *Sexual dysfunction: Beyond the brain-body connection*. Basel: Karger.
12. Barns J. (1986). *Primary vaginismus (Part 1): Social and clinical features // Irish Medical Journal.* – 79 (3). – P. 59–62.
13. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. (2000). *Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications*. J Urol 163:888–93)

14. Basson. R, Althof. S., Davis, S., Fugl-,Meyer, K., Goldstein, L, Leiblum, S.,Wagner, G (2004). *Summary of the recommendations on Sexual dysfunctions in Women. The journal of Sexual Medicine.* 1(1), 24-34.
15. Binik Y. M. (2010). *The DSM diagnostic criteria for vaginismus // Arch Sex Behav.* – 39 (2). – P. 278–291. DOI:10.1007/s10508-009-9560-0
16. Bodenmann G, Ledermann, T, Blattner D, & Galluzzo C. (2006). *Associations Among Everyday Stress, Critical Life Events, and Sexual Problems.* The Journal of Nervous and Mental Disease; 194 (7): 494-501.
17. Butcher J., (1999). *ABC of Sexual Health: Female Sexual Problems II: Sexual Pain and Sexual Fears.* British Medical Journal, 318: 110-112.
18. Cherng-Jye Jeng. (2004). *The Pathophysiology and Etiology of Vaginismus // Taiwanese J Obstet Gynecol.* – 2004. – 43 (1). – P. 10–15. DOI: 10.1016/S1028-4559(09)60047-4
19. Costa Talens, P., Colorado Vicente, M., (1971). *Un problema ginecologico en al papiro Ramesseum IV, Med Esp,* 66 (274-6.)
20. Crenshaw T. L., & Kessler J. (1985). *Vaginismus // Med Aspects Hum Sex.* – 19. – P. 21–32.
21. Crowley T., Goldmeier D., & Hiller J. (2009). *Diagnosing and managing vaginismus // BMJ.* – Jun 18;338:b2284. DOI: 10.1136/bmj.b2284.
22. Crowley, T., Richardson, D. & Goldmeier, D., (2006). *Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction, Int J STD AIDS,*17 (14-8).
23. Darvishi, F., Rahmani, M. A., Akbari, B., & Rahbar, M. (2013). *A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. Procedia - Social and Behavioral Sciences,* 84, 1072– 1077.)
24. Peter de Jong, P.J., van Overveld, M. L., & Buwalda F. M. (2009). *Disgust and contamination sensitivity in vaginismus and dyspareunia // Arch Sex Behav.* – 38 (2). – P. 244–252.
25. Drenth J. J. (1988). *Vaginismus and desire for a child // J Psychosom Obstet Gynaecol.* – 9 (2). – P. 125–137.
26. Farina, B., Mazzotti, E., Pasquini, P., & Mantione, M. (2011) *Somatoform and psychoform dissociation among women with orgasmic and sexual pain disorders. J Trauma Dissociation.* 12(5). p. 526-534.

27. Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14 (1914-1916), 237-58.
28. Graziottin, A. (2015) *A sexual pain disorders in adolescents*. Center of Gynecology and Medical Sexology. clinical symposium the adolescent: menstrual cyclicality and sexuality. p. 434-449.
29. Hayes R.D., Bennett C.M., Farley C.K., & Den Ersten. L. (2006). *What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction?*. J Sex Med. 2006; 3: 589-95.
30. Hock, R. R. (2016). *Human sexuality*. (4th ed.). U.S.A: Pearson Education.
31. Hyde, J.S., & Delamater, J.D. (2004). *Understanding Human Sexuality*, (2.Edition canadienne, Toronto), McGraw-Hill.
32. ICD-10 (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed., Vol. 2, 5th ed.). World Health Organization. 252 p.
33. ICD-11 (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). World Health Organization.
34. Kadri N., McHichi Alami K. H., & McHakra Tahiri S. (2002). *Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study* // Arch Womens Ment Health. – 5 (2). – P. 59–63. DOI: 10.1007/s00737-002-0141-7.
35. Kaneko K. (2001). *Penetration disorder: Dyspareunia exists on the extension of vaginismus*. Journal of Sex Marital Therapy, 27, 153-155.
36. Kaplan H.S., (1974). *The anatomy and physiology of the sexual response*, (Ed: Kaplan H.S), The New Sex Therapy. New York, Brunner/Mazel, 27-56.
37. Kennedy P., Doherty N., Barnes J. (1995). *Primary vaginismus: a psychometric study of both partners* // Sex Mar Ther. – 10 (1). – P. 9–22.
38. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., & Martin C. E.(1975). *Sexual Behavior in the Human Male*. — Bloomington, IN.
39. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. (1998). *Sexual Behavior in the Human Female*. — Bloomington, IN.
40. Kinsey A. C., & Pomeroy W.B. (1948) *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, W.B. Saunders.
41. Klassen, A.D., & Wilsnack, C.Sh. (1986). *Sexual experience and drinking among women in a U.S. national survey*. Archives of Sexual Behavior. Volume 15. p. 363–392
42. Kohen, J., & Covington, S. (1984) *Women, alcohol and sexuality*. Advances in Alcohol Substance Abuse 4(1). p. 41-56
43. Lamont J. A. (1978). *Vaginismus* // Am J Obstet Gynecol. – 131 (6). – P. 633–636.

44. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T et al. (2012). *Female sexual health consensus clinical guidelines*. J Obstet Gynaecol Can, 34:769-775.
45. Laumann E, Paik A, & Rosen RC. (1999). *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. JAMA 1999;281(6):537–544.
46. Laumann EO, Ncolos A, Glasser DB, Pak A, Gngell C, Morera E, et al. (2005). *Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates dentfed n the Global Study of Sexual Attudes and Behavors*. Int J Impot Res. 17: 39-57
47. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira Jr ED et al. (2010). *Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction*. J Sex Med, 7:1598-1607.
48. Marshania Z. (2017). *Certain sociocultural aspects of prevalence and treatment of vaginismus in Georgia // Health of Man. – No1 (60). – C. 71–73.*
49. Maslow AH. (1943). *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review, 50: 370-396.
50. Masters, W.H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. London: Little, Brown.
51. Matthiesen S, & Hauch M. (2004). *WennsexuelleErfahrungenzum Problem warden*. Familiendynamik, 29:139–160.
52. Nutt D., Argyropoulos S., & Forshall S. (1998). *Generalized Anxiety disorders*. London: Martin Dunitz, 96.
53. Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalif, S, Cohen, D., & Amsel, R. (2003). *Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self- schema, and relationship adjustment*. J Sex Marital Ther. 29(1): 47-59.
54. Rive M.M., van Rooijen G., & Veltman D.J. (2013). *Neural correlates of dysfunctional emotion regulation in major depressive disorder*. A systematic review of neuroimaging studies, Neurosci Biobehav Rev.
55. Rosen R, Brown C, & Heiman J. (2000). *The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. J Sex Marital Ther 26:191–208.
56. Rosen, R.C, & Barsky, J.L. (2006). *Normal Sexual Response in Women*. Obstet Gynecol Clin N Am 33, 515–526.
57. 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.

58. Sheinfeld, H., Roshka, P., Finkelshtein, I., & Davis, H. (2001) *Vaginismus a psychiatric perspective, "secrets" and other psychodynamic causes 140(9)*. Harefuah, p. 831-835
59. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, & Babaei G (1999). *Prevalence of sexual dysfunction in Women seeking Services at Family planning centers in Tehran*. Journal of Sex Marital Therapy, 25, 211-215.
60. Silverstein J. L. *Origins of Psychogenic Vaginismus // Psychother Psychosom.* – 1989. – 52 (4). – P. 197–204. DOI: 10.1159/000288324
61. Simpson, E. S. C. & Weiner, J. A. (Ed.) (1989). *The Oxford Encyclopaedic English Dictionary*. Oxford: Clarendon Press.
62. Stein D.J., & Hollander E. (2002). *Anxiety disorders comorbid with depression*. London: Martin Dunitz, 72.
63. Su, C.C, Sun, B.Y.C., & Jann, B.P. (2015). *Assocaton of urnary ncontnence and sexual functon n women*. Int J Urol. 22(1):109-13.
64. Trash A.M, Km N.N, Munarrz R, & Goldsten I. (2004). *Female sexual genital arousal: bochemical medators and potential mechanisms of dysfunction*. Drug Disco- very Today. 91-7.
65. Tugrul C., & Kabakci E. (1997). *Vaginismus and its correlates // J Sex Marital Ther.* – 12 (1). – P. 23–24.
66. Varga, B.A., Sal, D., Oosterhouse, L.B., & Hevesi, K. (2022) *Narcissism, sexual response, and sexual and relationship satisfaction*. Sexual and Relationship Therapy. p. 410-427
67. Watts G., & Nettle D. (2010). *The role of anxiety in vaginismus: a case-control study // J Sex Med.* – 2010. – 7 (1 Pt 1). – P. 143–148. DOI:10.1111/j.1743-6109.2009.01365.x
68. Westheimer, R. K. & Lopater, S. (2004). *Human sexuality: a psychosocial perspective*. U.S.A: Lippincott Williams Wilkins.
69. Whipple B, & Brash-McGreer K. (1997). *Management of female sexual dysfunction*. (In: Sipski ML, Alexander CJ, editors.) *Sexual function in people with disability and chronic illness*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
70. Wincze J. P., & Carey M. P. (2001). *Sexual Dysfunction*. – The Guilford Press, – 226 p.
71. World Health Organization (WHO) (2010). *Developing Sexual Health Programmes*.
72. Бек, А. (2003). *Когнитивная терапия депрессии*. Санкт-Петербург: «Питер», 304 с.
73. БЫКОВ, Ю. В. (2009). *Резистентные к терапии депрессии*, 77 с.

74. Васильева, И.Ю. (2004). *Соматоформные расстройства и качество жизни у пациенток гинекологического стационара*. Тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.00.18, кандидат медицинских наук. 131 с.
75. Гиляровский, В. А. (1954). *Патология эмоциональной жизни. Психиатрия*. Руководство для врачей и студентов, 750 с.
76. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. (1985). *Функциональная женская сексопатология*. – Алма-Ата: Казахстан, 271 с.
77. Имелинский К. (1986). *Сексология и сексопатология*, 424 с.
78. Крукс Р., Баур К. (2005). *Сексуальность*. – Прайм–ЕВРОЗНАК, 480 с.
79. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (1998). *Основы сексологии*. (Пер. с англ. – М.: Мир), 692 с.
80. Свядоц А. М. (1974). *Женская сексопатология*. — Медицина, 184 с.
81. Смулевич А.Б. (2000). *Депрессии в общемедицинской практике*. Берез, 160.
82. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. (2012). *Депрессия - актуальные проблемы систематики // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. No11. –11-20*.
83. Стоименов Й. А., Стоименова М. Й., Коева П. Й. и др. (2003). *Психиатрический энциклопедический словарь*. – К.: «МАУП», 1200 с.
84. Тагильцева, А.В. (2010). *Внутренняя картина сексуального здоровья у женщин с сексуальными дисфункциями*. Автореферат. Ученая степень кандидата психологических наук. 155 с.
85. Третьяк, Л. Л. (2011). *Депрессия. Диагностика и методы лечения / Наука и техника*, 320.
86. Федорова А. И., Екимов С. В. (2014). *Вагинизм: учебное пособие*. – Санкт-Петербург: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 40 с.
87. Фрейд З. (1993). *Психология сексуальности*. — Минск: Прамеб, 160.
88. Ярхауз М.А., Тэн Э.С.Н. (2016). *Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств / Пер. с англ.* – Черкассы: Коллоквиум, 371 с.
89. Ясперс К. (1997). *Общая психопатология / Практика*, 1056.
90. Aba, R. K. (2020). *Genç yetişkin kadınlarda cinsel mitlere inanışın ve beden imajının cinsel doyuma etkisi (Yüksek lisans tezi)*.
91. Akarsu, R., Beji, N. (2016). *Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler*. Androloji bülteni, 18(65),
92. Alfred Charles Kinsey, (2023), *Kadınlarda Cinsel Yaşam*, (Çev, Asaf Artun), Dorlion Yayınları, 256

93. Alkan, E. (2008). *Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.
94. Amerikan Psikiyatri Birliği, (2022). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-5 TR)*, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
95. Aslan, A. A., Sarı, B. A., Kuruoğlu, A. (2012). *Depresif duygudurumdan major depresyona klinik spektrum*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 15(1), 56-64.
96. Boyacıoğlu G. (1999), Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 1999.
97. Bozdemir, N., Özcan, S. (2011). *Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış*. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 5 (4) , 37-46.
98. Cansu Işık, (2020). *Vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinsel danışmanlığın ve pelvik taban relaksasyonunun cinsel işlevlere etkisi: randomize kontrollü bir çalışma*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
99. Çavaş, Ş. (2008). *Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniğine Başvuran Vajinismus ve Prematür Ejakülasyon Olgularında Psikiyatrik Komorbiditenin Araştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
100. CETAD (2007) (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği) *Cinsel Yaşam ve Sorunları Rehberi*. www.cetad.org.tr.
101. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). *Kadın Cinselliği*. 2008.
102. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Merkezi (CETAD). Bilgilendirme Dosyası 5. "*Kadın Cinselliği*". (Ed: Yüksel Ş, Cindoğlu D, Şimşek F, Seyisoğlu H.). (2006). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.
103. Doğan, S. Saraçoğlu, G. (2009). *Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi*. Trakya üniversitesi tıp fakültesi dergisi, 26(2),
104. Dürü, Ç. (2006). *Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
105. Ertuğrul Taş, (2020). *Vajinismus. Vaka Uygulamalı Seksofonksiyonel Cinsel Terapi* (2.Basım). Kırmızı Çatı Yayınevi.
106. Ertuğrul Taş, (2023). *Kadın Orgazm İsterse - Anorgazmi ve Seksofonksiyonel Cinsel Terapi* (1.Basım). Kırmızı Çatı Yayınevi.

107. Freud, S. (2017). *Cinsellik üzerine*. (Çev. A. Öneş), İstanbul: Say yayınları.
108. Freud, S., (2019). *Kadın Cinselliği Üzerine* (1.Basım), (Çev: Selin Gülsay), Oda Yayınları.
109. Funda Sümer, (2018). *Cinsel Terapi: Kuram ve Uygulama*. Kaknüs Yayınları.
110. Goodwin R.D., Jacobi F., Bittner A., Wittchen H.U. (2009). *Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı içinde*. (T. Oral Çev. Ed.), İstanbul: Sigma Publishing.
111. Gülen, M. (2020) *Depresyonu olan ve depresyonu olmayan kişilerde anksiyete duyarlılığı, erken dönem uyum bozucu şemalar ve bilişsel duygu düzenleme süreçleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. T.C. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi , İSTANBUL.
112. Herbert, C. (2018). *Travma sonrası psikolojik tepkileri anlamak (4. Baskı)*. (N. Azizlerli ve R. Güneş, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları.
113. İncesu, C. (2001). *Cinsel İşlevin Fizyolojisi*. (Yetkin, N., İncesu, C. Ed.), Cinsel İşlev Bozuklukları Monografiler Serisi, İstanbul: Roche Müstahzarları; 7-15.
114. İncesu, C. (2004). *Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik psikiyatri dergisi*, 7(3), 3-13.
115. İrvin D. Yalom. (2022). *Cinsel Terapi* (2. Baskı). (Çev: Dr. Gökhan Kotiloğlu). Pozitif Yayınevi.
116. Kadioğlu A, Usta MF, Cangüven O, Semerc B, Aşçı R, Yaman Ö, Orhan I, Çayan S. (2006). *Seksüel tıp (erkek ve kadınlarda seksüel fonksiyon bozukluklar*, (Eds. Lue TF ve ark.), Türk androloji derneği, İstanbul medikal yayıncılık.
117. Kaplan, H. S. (2014). *Yeni cinsel terapi* (1. Baskı). (Çev. F. Bolat), Ankara: Ck yayınevi.
118. Kaplan, H. S. (2017). *Resimli cinsel terapi el kitabı*. (Çev. F. Şar), Ankara: Ck yayınevi.
119. Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(2), 66.
120. Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., Öztürk Ö. (2003). *15-49 Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişki*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4(4):208-19.
121. Keçe, C. (2019). *Cinselliğin Dayanılmaz Ağırlığı* (5. Baskı). Ankara: Pusula Yayınevi.
122. Keçe, C. (2020). *Kadının Cinsel Yaşamı*. Ankara: Pusula Yayınevi.
123. Keçe, C. (2021). *Vajinismusun Üstesinden Gelmek* (12. Baskı). Ankara: Pusula Yayınevi.
124. Keçe, C., Serap Güngör, (2011). *10 Adımda Vajinismu Tedavisi*, Pusula Yayınevi- Ankara

125. Kısa C. (2010) "*Kadın Bedeninin Cinselliği Reddedişi: VAJİNİSMUS*" cinsel terapi uygulama elkitabı. CK Yayınevi, Ankara, ISBN 978-605-4379-01-9
126. Kocagöz Sevilay Zorlu (2008) "*Cinsel işlev bozukluğu tipleri ve cinsel mitler arasındaki ilişki*" uzmanlık tezi. Uludağ Üniversitesi
127. Masters W.B, Johnson V.E. (1994) *Human sexual behavior. İnsanda cinsel davranış*, (Sayın Ü, Çev. Ed.), İstanbul, Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı.
128. Mutlu Elif Aktan (2009) *Vajinismus tanısı alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin cinsel mit inançları, cinsel öyküleri, cinsel doyum düzeyleri ve eş değerlendirme biçimleriyle karşılaştırılması*" uzmanlık tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
129. Necla Arat, (1993). *Kadın Ve Cinsellik* (1.Basım). Say Yayınları.
130. Nida AVCIOĞLU (2022), Cinsel Mitlerin ve Cinsel Bilginin Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve Kaygı Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
131. Oktay M, Tombul K. (2003) *200 Vajinismus vak'ası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi*. Yeni Symposium, 41(3), 115-119.
132. Öngider, N., Eyüboğlu Özışık, S. (2013). *Depresyon tanısı almış hastalarda ölüm kaygısının araştırılması*. Klinik Psikiyatri, 16, 34-46.
133. Özdel O, Tümkaya S, Levent N, Atesci FÇ, Oğuzhanoglu NK, Varma G. (2013) *Bilişsel Davranışçı Yöntemlere Dayalı Cinsel Terapinin Vajinismuslu Kadınlar ve Eşlerinin Cinsel Sorunları Üzerindeki Etkileri*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14: 129-135.
134. Özen, B., Özdemir, Y.Ö., Beştepe, E.E. (2018) *Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder*. Neuropsychiatr Dis Treat. 23;14. p. 641-646.
135. Özkan M. B. (2001). *Fiziksel Hastalıklarda Cinsel Sorunlar. Sık Görülen İki Cinsel İşlev Bozukluğu: Vajinismus ve Erken Boşalmada Değerlendirme, Tanı ve Tedaviler*, D Şahin, A Kayır (Ed), İstanbul. Roche, s. 13-4.
136. Özmen E. (1999) *Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları*. Psikiyatri Dünyası, 2, 49-53.
137. Öztürk, M. (2001) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 8. Basım, Feryal Matbaası, Ankara.
138. Polat C. (2019). *Cinsel işlev bozuklukları ve depresyon*. Yaşam becerileri psikoloji dergisi, 3(6), 223-228. doi: 10.31461/ybpd.612636
139. Şahbal, Y. (2020). *Cinsel mitlerin çocukluk çağı travmaları ve dindarlık ile ilişkisi* (Uzmanlık tezi). Kafkas Üniversitesi / Tıp Fakültesi / Psikiyatri Ana Bilim Dalı.

140. Sungur M. Z (2000) *Cinsel işlev bozuklukları*. I, Sayıl (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. (2. baskı). Ankara: ANTIP Yayınları.
141. Tetik, S., Unlubilgin, E., Kayikcioglu, F., Nurhan, B.M., Nurettin, B., Ozlem, M.T. (2020) *The role of anxiety and childhood trauma on vaginismus and its comorbidity with other female sexual dysfunctions*. International Journal of Sexual Health Volume 32, Issue 3. p. 225-235
142. Turan, Sh. (2020) *Levels of depression and anxiety, sexual functions, and affective temperaments in women with lifelong vaginismus and their male partners*. The Journal of Sexual Medicine Volume 17, Issue 12. p. 2434-2445
143. Türkoğlu, A. (2013). *Depresif Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlarla İlişkisi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. Eskişehir
144. Yazar, E. R. (2020). *Bipolar bozukluk tanılı hastalarda beden algısı ile cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumunun ilişkisi* (Uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi / İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
145. Yıldırım E. A., Hacıoğlu Yıldırım M., Kardeş H. (2019). *Yaşam Boyu Vajinismus Tanısı Konulan Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı ve Cinsel İşlevlerle İlişkisi* [Prevalence of Depression and Anxiety Disorders and Their Relationship with Sexual Functions in Women Diagnosed with Lifelong Vaginismus] // Turk Psikiyatri Derg. 30 (1). – P. 9–15.
146. Yıldırım EA. *Cinsel İşlev Bozukluğu Tanımı ve Önemi*. Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı 2009;2(4):6-10.
147. Yıldırım, E., Tan, M. N. (2017). *Depresyonda Risk Faktörleri, Belirti ve Bulgular*. Türkiye Klinikleri Dergisi Aile Hekimliği-Special Topics, 8(1):15-20.
148. Yıldırım, E.A., Yıldırım, M.H., Kardeş, H. (2019) *Prevalence of Depression and Anxiety Disorders and Their Relationship with Sexual Functions in Women Diagnosed with Lifelong Vaginismus*. Turkish Journal of Psychiatry 30(X). p. 9-15
149. Yurtsever, Ö. (2018). *Anksiyete bozukluğu olan bireylerde savunma mekanizmaları ve cinsel işlev bozuklukları* (Yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı.

Psixogen vaginizm və onun digər psixi pozuntularla əlaqəsi**Xülasə**

Fərqli dövrlərdə müxtəlif xəstəliklərin rast gəlinmə tezliyi, onların təzahür xüsusiyyətləri dəyişildiyi kimi bu xəstəliklərə münasibət, onların diaqnozu və müalicə üsulları da fərqli mənə kəsb etməyə başlayır. Bunda elmin inkişafının nəticəsi kimi biliklərin yenilənməsi ilə bərabər, cəmiyyətin sosial normalarında baş verən dəyişikliklərin də rolu böyükdür. Xüsusilə də cinsi problemlərə münasibət heç də hər zaman birmənalı olmamışdır. Fiziki, şəxsiyyətlərarası və psixososial məsələlərin qovşağında cinsi disfunksiyalar olduqca mürəkkəb və mübahisəli xarakterə malik olur. Cinsi disfunksiyaların bir növü kimi vaginizm müxtəlif müəlliflər tərəfindən qadınların şəxsiyyət xüsusiyyətləri, psixopatoloji vəziyyətləri, psixoseksual inkişafı, patologiyada rol oynayan əzələ qrupları və onların təzahürləri baxımından təsnif edilmişdir. Bu disfunksiya fiziki səbəblərdən olduğu kimi, psixoloji səbəblərdən də qaynaqlana bilər. Psikogen vaginizmin digər psixi pozuntular ilə əlaqəsi araşdırılarkən, müəyyən olunmuşdur ki, psixogen vaginizm əsasən tək başına mövcud olmur, depressiya, təşviş, OKB, isteriya, stress pozuntusu və s. kimi bir sıra problemlər onu müşayiət edir. Dissertasiya işinin əsas məqsədi vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınlarda təzahür edən psixi pozuntuları araşdırmaq, depressiya, şəxsiyyətlərarası həssaslıq, paranoid düşüncələr, psixotizm, obsessiv-kompulsiv simptomlar, somatizasiya, təşviş, fobik narahatlıq, ədavət, təşviş pozuntusunun səviyyələrini ölçməkdən ibarətdir. Tədqiqatın obyektini müxtəlif cinsi pozuntular səbəbilə ginekoloqa müraciət etmiş qadınlar təşkil edir. Tədqiqatın predmeti psixogen vaginizm diaqnozu qoyulmuş qadınlarda digər psixi pozuntuların təzahür xüsusiyyətləridir. Tədqiqatın fərziyyəsi psixogen vaginizm problemi ilə bağlı ginekoloqa müraciət edən qadınlarda psixopatoloji hallara rast gəlinmə tezliyinin, ginekoloqa digər problemlərlə bağlı müraciət edən qadınlara nisbətən üstünlük təşkil etməsini nəzərdə tutur. Tədqiqat zamanı demoqrafik göstəriciləri də ehtiva edən zəruri məlumatların toplanması məqsədi ilə müəllif tərəfindən tərtib olunan anket və tədqiq olunanlarda psixopatoloji halların müəyyənləşdirilməsi üçün "Qısa Simptom Testindən" (QST) (Derogatis tərəfindən hazırlanmış, Mələk Kərimova və Nərmin Osmanlı tərəfindən Azərbaycan mədəniyyətinə adaptasiya olunmuşdur) istifadə olunmuşdur. Aparılan tədqiqat psixogen vaginizm problemi ilə bağlı ginekoloqa müraciət edən qadınlarda psixi pozuntuların rast gəlinmə tezliyinin daha çox olduğunu aşkar etmişdir.

Psychogenic vaginismus and its relationship with other mental disorders

Abstract

In different periods, the frequency of occurrence of various diseases, their manifestation characteristics change, and the attitude towards these diseases, their diagnosis and treatment methods also begin to have different meanings. Along with the renewal of knowledge as a result of the development of science, the role of changes in the social norms of society is also important. In particular, the attitude towards sexual problems has not always been unambiguous. At the intersection of physical, interpersonal, and psychosocial issues, sexual dysfunctions are highly complex and controversial. As a type of sexual dysfunction, vaginismus has been classified by various authors in terms of women's personality traits, psychopathological conditions, psychosexual development, muscle groups that play a role in pathology, and their manifestations. This dysfunction can be caused by psychological reasons as well as physical reasons. When examining the relationship between psychogenic vaginismus and other mental disorders, it was determined that psychogenic vaginismus does not exist alone, depression, anxiety, OCD, hysteria, stress disorder, etc. It is accompanied by a number of problems. The main goal of the dissertation work is to investigate the mental disorders manifested in women diagnosed with vaginismus, to measure the levels of depression, interpersonal sensitivity, paranoid thoughts, psychoticism, obsessive-compulsive symptoms, somatization, anxiety, phobic anxiety, hostility, and anxiety disorders. The object of the research is made up of women who referred to a gynecologist due to various sexual disorders. The subject of the study is the manifestation characteristics of other mental disorders in women diagnosed with psychogenic vaginismus. The hypothesis of the study is that the frequency of psychopathological cases in women who turn to a gynecologist for the problem of psychogenic vaginismus is higher than in women who turn to a gynecologist for other problems. In order to collect the necessary data, including demographic indicators, during the research, a questionnaire compiled by the author and the "Short Symptom Test" (BST) (developed by Derogatis, adapted to Azerbaijani culture by Melek Karimova and Narmin Osmanli) were used to determine psychopathological conditions in the researched subjects. The conducted study revealed that the frequency of occurrence of mental disorders is higher in women who refer to a gynecologist for the problem of psychogenic vaginismus.

Psixogen Vaginizm və onun digər psixi pozuntularla əlaqəsi

ŞƏXSİ MƏLUMATLAR ANKETİ

Bu sorğu müxtəlif problemlərlə əlaqədar olaraq ginekoloqa müraciət edən xanımların psixi vəziyyətinin öyrənilməsi məqsədilə hazırlanmışdır.

Bu anket tədqiqat məqsədi ilə hazırlanmışdır. Anonimlik tamamilə qorunmuşdur. Burada qeyd etdiyiniz heç bir məlumat elmi məqsədlərdən kənar istifadə edilməyəcək və paylaşılmayacaqdır. Heç kimin əleyhinə istifadə olunmayacaqdır. Həmçinin sorğuda iştirak etməkdən imtina edə bilərsiniz. Sualları cavablandıran zaman qeyd etdiyiniz məlumatların doğruluğu bizim tədqiqatın nəticəsi üçün vacibdir. Xahiş edirik ki, sualları diqqətlə oxuyasınız və sizə görə ən uyğun cavabı qeyd edəsiniz.

Əvvəlcədən sizə öz minnətdarlığımı bildirirəm.

Psixoloq Cəbrayilova Xədicə

Əlaqə üçün: +994708322261 və ya xedicebrayilova@mail.ru

1. Yaşınız

- a)20-25
- b)25-30
- c)30-40
- d)40 yaşdan yuxarı

2. Yaşadığınız yer:

- a)Bakı və ətraf şəhərlər
- b)Rayonlar

3. Təhsil səviyyəniz

- a)orta-natamam
- b)orta/ orta ixtisas
- c)ali

4. Ailə vəziyyətiniz

- a)evli
- b)subay

5. Evlilik müddətiniz

- a)0-1 il
- b)3-5 il
- c)5-10 il
- e) 10 ildən artıq

6. Uşağınız varmı?

- a)Bəli
- b)xeyr

7. Ginekoloqa müraciət etdiyiniz problemin davam etmə müddəti nə qədərdir? (gün, həftə, ay, il)

8. Ailə daxili münaqişə

- a)var
- b)yox

CAVABLANDIRDIĞINIZ ÜÇÜN TƏŞƏKKÜR EDİRİK!

QISA SİMPATOM TESTİ (QST)

Aşağıda zaman zaman hərəkətdə görülə bilən sıxıntılar sıralanmışdır. Xahiş olunur hər birini diqqətlə oxuyun. Sonra bu vəziyyətin size bugün də daxil olmaq şərti ilə son 1 ay ərzində nə qədər narahat etdiyini qeyd edin.

- | | Heç | Çox az | Orta səviyyədə | Olduqca çox | Lap çox |
|---|-----|--------|----------------|-------------|---------|
| 1. Hirsillik, içinin titrəməsi | | | | | |
| 2. Baş gicəllənməsi və bayılma | | | | | |
| 3. Hər hansı bir insanın fikirlərinizə hakim olacağı hissi | | | | | |
| 4. Problemlərinizdə başqalarını günahlandırmaq | | | | | |
| 5. Hadisələri yada salmaqda çətinlik | | | | | |
| 6. Asanlıqla hirsələnib özündən çıxma | | | | | |
| 7. Sinə və ürək hissəsində ağrılar | | | | | |
| 8. Küçədə və açıq ərazilərdə qorxu hissi | | | | | |
| 9. Həyatınıza son vermə fikirləri | | | | | |
| 10. İnsanların çoxuna inanılmayacağı hissi | | | | | |
| 11. İştahanın pozulması | | | | | |
| 12. Heç bir səbəbi olmayanani qorxular | | | | | |
| 13. Nəzarət edə bilmədiyiniz özündən çıxmalar (hirs partlayışları) | | | | | |
| 14. Başqalarıyla birlikdə olanda belə təklük hiss etmə | | | | | |
| 15. Görüləcək işləri ertələmə hissi | | | | | |
| 16. Yalqızlıq hissi | | | | | |
| 17. Özünü kefsiz, kədərli hiss etmə | | | | | |
| 18. Heçnə ilə maraqlanmamaq | | | | | |
| 19. Özünü kövrək hiss etmə | | | | | |
| 20. Asanlıqla incimə, dəymədüşərlik | | | | | |
| 21. İnsanların size sevmədiyinə, sizə pis davrandığına inanma | | | | | |
| 22. Özünü digər insanlardan əksik hiss etmə | | | | | |
| 23. Mədə ağrıları, ürək bulanma | | | | | |
| 24. Digər insanların sizi izlədiyi ya da haqqınızda danışdığı hissi | | | | | |
| 25. Yuxuya getmədə çətinlik | | | | | |
| 26. Gördüyünüz işi bir ya da bir neçə dəfə yoxlamaq | | | | | |
| 27. Qərar verə bilməmək | | | | | |
| 28. Avtobus, qatar, metro kimi minik vasitələrinə minmə qorxusu | | | | | |
| 29. Nəfəs almada çətinlik | | | | | |
| 30. Soyuq və istilik basması | | | | | |
| 31. Sizi qorxudan müəyyən davranış, yer və əşyalardan qaçma hissi | | | | | |
| 32. Beyninizin bomboş qalması | | | | | |
| 33. Bədəninizin bəzi yerlərində iynələnmə halı | | | | | |
| 34. Səhvlərinizə görə cəza verilməsi fikri | | | | | |
| 35. Gələcəklə əlaqədar ümitsizlik duyğuları | | | | | |
| 36. Diqqəti cəmləşdirməkdə çətinlik | | | | | |
| 37. Bədənin bəzi bölgələrində zəiflik, gücsüzlük | | | | | |
| 38. Özünü gərgin və narahat hiss etmə | | | | | |
| 39. Ölmə və ölüm üzərinə düşüncələr | | | | | |
| 40. Bir başqasını vurmaq, zərər vermək, yaralamaq hissi | | | | | |
| 41. Ətrafdakı nələri isə qırıb, tökmə istəyi | | | | | |
| 42. Digər insanların yanında ikon səhv birşey etməməyə çalışmaq | | | | | |
| 43. Çox insan olan məkanda narahatçılıq hissi | | | | | |
| 44. Başqa insanlara heç yaxınlıq hiss etməmə | | | | | |
| 45. Dəhşət və panica hissi | | | | | |
| 46. Tez-tez mübahisəyə girmək | | | | | |
| 47. Tək qalandar hirsillik hissi | | | | | |
| 48. Başqalarının size uğurlarınıza görə qiymətləndirməmələri | | | | | |
| 49. Özünü çox narahat hiss etmə | | | | | |
| 50. Dəyərsizlik hissi | | | | | |
| 51. İcaza verəcəyiniz təqdirdə insanların sizdən istifadə edəcəyi fikri | | | | | |
| 52. Gunahkarlıq hissi | | | | | |
| 53. Ağlınızla əlaqədar tərəddüdlər. | | | | | |