



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

GENİTOPELVİK AĞRI VE PENETRASYON BOZUKLUĞU
TANILI KADINLARDA EBEVEYNE BAĞLANMA
ZORLUKLARI İLE ÇOCUKLUK TRAVMASI VE
ANKSİYETE İLİŞKİSİ

Dr. Cemre Özdemir

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2024



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ

GENİTOPELVİK AĞRI VE PENETRASYON BOZUKLUĞU
TANILI KADINLARDA EBEVEYNE BAĞLANMA
ZORLUKLARI İLE ÇOCUKLUK TRAVMASI VE
ANKSİYETE İLİşKİSİ

Dr. Cemre zdemir

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Murat Yalçın

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2024

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez sürecinde zamanını ve emeğini esirgemeyen, desteğini her daim hissettiğim, sadece tez sürecinde değil uzmanlık eğitimim süresinde de psikoterapi merkezinde değerli mesleki bilgilerini paylaşan, mesleki anlamda gelişmeme katkıları sunan ve ufku genişleten, uzmanlık eğitimimin son döneminde de tez danışmanım olduğu için kendimi şanslı hissettiğim sevgili hocam Doç. Dr. Murat Yalçın'a teşekkürlerimi sunmak isterim.

Tez sürecine birlikte başlayıp, farklı nedenlerle birlikte tamamlama fırsatını bulamasak da çalışmamın tüm aşamalarında bana öncülük eden, desteğini ve bilgisini hiçbir zaman esirgemeyen, birlikte çalışma fırsatı yakaladığım için çok mutlu olduğum değerli hocam Prof. Dr. Özey Özdemir'e,

Tevfik Sağlam servisinde birlikte çalıştığımız, uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren bilgi birikim ve deneyimleri ile yol gösterici olan, mesleki deneyimlerimi kazanmamda ve öğrenme sürecimde katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe ve Prof. Dr. Filiz İzci'ye,

Pul servisinde değerli bilgi ve becerilerini bizlerle paylaşan, bilimsel makale okuryazarlığı konusunda ek eğitim saati sunarak kendimi geliştirmemi sağlayan, uzmanlık eğitimimin son dönemlerinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı saydığım değerli hocam Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e,

Akbaytugan servisinde birlikte çalıştığımız, engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yol gösterici olan Prof. Dr. Hüseyin Güleç, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a,

Psikoterapi merkezinde bizimle değerli mesleki bilgilerini, kıymetli yaklaşımlarını paylaşan, mesleki anlamda önemli gelişmelerime katkıda bulunan Prof. Dr. Medine Yazıcı'ya,

Farklı zamanlarda, farklı koşullarda bilgi ve becerilerimize katkı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Mihriban Dalkıran'a,

Poliklinik toplantılarında mesleki bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan değerli hocalarım Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül ve Doç. Dr. Hatice Kaya'ya,

Uzmanlık eğitimimin önemli bir kısmında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Doç. Dr. Onur Durmaz ve Doç. Dr. Batuhan Ayık'a,

Bir önceki Başhekimimiz Prof. Dr. Rabia Bilici ve Başhekimimiz Doç. Dr.

Sema Baykara'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, başta Uzm. Dr. Begüm Başıyigit Saygılı, Uzm. Dr. Sevilay Kunt, Başasistan Uzm. Dr. Mine Ergelen, Başasistan Uzm. Dr. Fikret Ferzan Gıynaş, Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm. Dr. Ekin Revşan Parlak, Uzm. Dr. Filiz Kulacaoğlu, Uzm. Dr. Alper Bülbül, Uzm. Dr. Diğdem Göverti, Uzm. Dr. Hikmet Ekin Güngör, Uzm. Dr. Özge Yüksel Öksüz, Uzm. Dr. İrem Nurşah Erat olmak üzere hastanemizin diğer değerli tüm uzman doktorlarına,

Nöroloji rotasyonum sırasında mesleki eğitimime çok değerli katkıları olan Prof. Dr. Füsün Mayda Domaç, Doç. Dr. Mustafa Ülker, Uzm. Dr. Rahşan Karacı başta olmak üzere nöroloji uzman doktorları ve uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma,

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Özalp Ekinci, Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak, Başasistan Uzm. İpek Süzer Gamlı ve diğer çocuk psikiyatri uzman doktorları ve uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimimiz boyunca birçok güzel anı biriktirdiğim, neredeyse dört yıl yan yana çalıştığımız, tez çalışmamın başından sonuna kadar desteğini bir an olsun esirgemeyen Dr. Damla Çevli Ak, Dr. Merve Eriş Gökçe'ye, uzmanlık eğitimime birlikte başladığımız ve bu süreçte hem tanışmış olmaktan hem de beraber çalışmaktan çok mutlu olduğum değerli eşkıdemlerim Dr. Cengiz Gökçe, Dr. Görkem Emre Öz, Dr. Selda Karakaş, Uzm. Dr. Çise Cemaller Akgök, Uzm. Dr. İlke Sertler, Dr. Merve Sinem Cesur, Uzm. Dr. Aylin Evecen, Dr. Meryem Topal, Dr. Ulaş Karavelioğlu ve tüm psikiyatri uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma,

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine,

Bugünlere gelmemde emekleri büyük olan, maddi manevi desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, çalışkanlıkları ile bana örnek olan, hayatımı kolaylaştıran, evlatları olmaktan gurur duyduğum annem Yeşim Özdemir, babam Uğur Özdemir'e,

Burada adını sayamadığım ancak katkısı olan herkese,

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Dr. Cemre Özdemir

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ1	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. GENİTOPELVİK AĞRI/PENETRASYON BOZUKLUĞU	4
2.1.1.Tanım ve Tarihçe	4
2.1.2. Klinik Tanı ve Sınıflandırma.....	6
2.1.3. Ayırıcı Tanı	7
2.1.4.Yaygınlık ve Sıklık.....	10
2.1.5. Etiyoloji.....	10
2.1.6. Kültür	14
2.1.7. Tanıda Çocukluk Çağı Travmasının Yeri	16
2.2. BAĞLANMA KURAMI.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ	20
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	21
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	22
3.2.2. Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ	22
3.2.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI	23
3.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28.....	23
3.3.VERİLERİN TOPLANMASI	24
3.4.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	25
4.2. CİNSEL YAŞAM, AİLE VE OBSTETRİK İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER	27
4.3. GPA/PB OLAN KADINLARDA BAŞVURU ÖZELLİKLERİ	30

4.4. ANNE-BABA BAĞLANMA, DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEK SONUÇLARI	31
4.5. ANNE-BABA BAĞLANMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	33
4.6. ANNE-BABA BAĞLANMA VE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	34
4.7. GPA/PB TANISI İÇİN BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN DEĞERLENDİRMESİ ...	35
5. TARTIŞMA	37
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	37
5.2. CİNSEL YAŞAM, AİLE VE OBSTETRİK İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER	38
5.3. ANA BABAYA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ SONUÇLARI.....	41
5.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ SONUÇLARI VE EBEVEYNE BAĞLANMA ZORLUKLARI İLE İLİŞKİSİ.....	43
5.5. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ SONUÇLARI VE EBEVEYNE BAĞLANMA ZORLUKLARI İLE İLİŞKİSİ.....	46
5.6. GPA/PB TANISI İÇİN BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN DEĞERLENDİRMESİ ...	48
6. KISITLILIKLAR	49
7. SONUÇ	50
8. KAYNAKLAR	51

KISALTMALAR

ABBÖ	: Ana Babaya Bağlanma Ölçeği
CTQ	: Childhood Trauma Questionnaire
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM-III-R	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised
DSM-IV	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EBZ	: Ebeveyne Bağlanma Zorlukları
EMG	: Elektromiyografi
GPA/PB	: Genitopelvik Ağrı ve Penetrasyon Bozukluğu
HSRC	: Human Sexual Response Cycle
IQR	: Interquartile Range
PBI	: Parental Bonding Inventory
PC	: Pain Catastrophizing
PMS	: Premenstruel sendrom
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
STAI	: The State-Trait Anxiety Inventory
VVS	: Vulvar Vestibülit Sendromu

TABLÖLAR

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	26
Tablo 2: Katılımcıların obstetrik, aile ve cinsel yaşam ilişkili özellikleri	29
Tablo 3: GPA/PB olan katılımcıların başvuru özellikleri	31
Tablo 4: Katılımcıların anne-baba bağlanma, durumluk-sürekli kaygı ve çocukluk çağı ruhsal travma ölçek puan ortalamaları.....	32
Tablo 5: GPA/PB grubunda anne-baba bağlanma zorlukları ile çocukluk çağı travma skorları arasındaki ilişki düzeyi	34
Tablo 6: GPA/PB grubunda anne-baba bağlanma zorlukları ile kaygı (STAI-I ve STAI-II) skorları arasındaki ilişki düzeyi	35
Tablo 7: GPA/PB ile ilişkili bağımsız değişkenler (<i>çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları</i>)	36

ÖZET

Amaç: Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunun (GPA/PB) ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde ebeveyne bağlanma zorluklarının (EBZ) önemli bir etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Diğer ruhsal hastalıklarda ebeveyne bağlanma zorluklarının etiyojide yeri olduğu gösterilmiş olsa da GPA/PB tanısı için çalışmalar sınırlıdır. Farklı tanı popülasyonlarıyla yapılan çalışmalarda EBZ- kaygı ve EBZ- çocukluk travmaları ilişkileri incelenmiştir. GPA/PB’de de çocukluk travması ve artmış kaygı düzeyinin önemine sıklıkla dikkat çekilmektedir. Ancak GPA/PB tanılı hastalarda EBZ ile kaygı ve çocukluk travması ilişkilerinin incelendiği bir çalışma bildiğimiz kadarıyla literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamızda GPA/PB tanılı kadınlarda EBZ ile kaygı ve çocukluk travması ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel nitelikte olup, araştırma örneklemini 42 GPA/PB tanılı kadının ve 42 sağlıklı kontrolün katılımı sağlanmıştır. Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu araştırmacı tarafından uygulanmış olup, öz bildirim ölçekleri olan Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I ve STAI-II) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-28) kullanılmıştır.

Bulgular: GPA/PB tanılı kadınların sağlıklı kadınlara göre anne aşırı koruma, anneye ve babaya bağlanma toplam puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı. GPA/PB tanılı kadınların sağlıklı kadınlara göre durumluk ve sürekli kaygı skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. GPA/PB tanılı kadınların sağlıklı kadınlara göre çocukluk çağı toplam ruhsal travma, duygusal ihmal, cinsel istismar ve fiziksel ihmal skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (belirtilen tüm karşılaştırmalar için $p<0,05$). GPA/PB tanılı kadınların anneye bağlanma skoru ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı skorlarıyla hafif, toplam çocukluk travma skoru ile orta derecede olmak üzere aralarında istatistiksel açıdan anlamlı olarak negatif yönde ilişki varlığı olduğu saptandı (belirtilen tüm karşılaştırmalar için $p<0,001$). GPA/PB tanılı kadınların babaya bağlanma toplam skoru ile toplam çocukluk çağı travma skoru arasında

istatistiksel açıdan anlamlı olarak orta düzeyde negatif yönlü ilişki varlığı olduğu saptandı ($p<0,001$). ABBÖ alt ölçeklerinden anne ilgi/kontrol skoru ile ÇÇTÖ tüm alt boyut puanlarıyla arasında hafif düzeyde negatif yönlü ilişki, ÇÇTÖ toplam skoruyla arasında orta düzeyde negatif yönlü ilişki (duygusal ihmal: $p=0,031$; duygusal istismar: $p=0,005$; cinsel istismar: $p=0,003$; fiziksel ihmal: $p=0,002$; fiziksel istismar: $p=0,033$; ÇÇTÖ Toplam: $p=0,001$); baba ilgi/kontrol skoru ile ÇÇTÖ toplam skoru, ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal ihmal ve fiziksel ihmal skorlarıyla arasında orta düzeyde (ÇÇTÖ toplam: $p=<0,001$; duygusal ihmal: $p=<0,001$; fiziksel ihmal: $p=0,001$), diğer alt boyutlarla arasında hafif düzeyde (duygusal istismar: $p=0,024$; cinsel istismar: $p=0,019$; fiziksel istismar: $p=0,008$) negatif yönlü ilişki varlığı olduğu saptandı.

ABBÖ alt ölçekleri ve kaygı düzeyleri karşılaştırmasında durumluk kaygı düzeyi ile hem anne ilgi/kontrol hem de anne aşırı koruma skorları arasında hafif düzeyde (sırasıyla $p<0,05$; $p<0,05$); sürekli kaygı skoru ile sadece anne aşırı koruma skoru arasında hafif düzeyde ($p<0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak negatif yönlü ilişki saptandı. Baba bağlanma boyutlarıyla durumluk ve kaygı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre, GPA/PB tanılı kadınlarda ebeveyne bağlanma zorlukları (EBZ) olduğu görülmektedir. Bu kadınlarda hem anneye hem babaya bağlanmada zorluk ile çocukluk travması arasında pozitif yönlü ilişki saptandı. Bu ilişkinin hem anne hem baba için özellikle ilgi/kontrol açısından belirgin olduğu bulundu. GPA/PB hastalarında anneye bağlanma zorlukları ile hem durumluk hem sürekli kaygı skorları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu gösterilirken, babaya bağlanma zorlukları ile kaygı skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Anneye bağlanma zorluklarından aşırı koruma skoru ile hem durumluk hem sürekli kaygı skorları arasında; ilgi/kontrol skoru ile sadece sürekli kaygı skoru arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Mevcut sonuçların daha ileri araştırmalarla desteklenmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu, ebeveyne bağlanma, anneye bağlanma, babaya bağlanma, durumluk kaygı, sürekli kaygı, çocukluk çağı travması



ABSTRACT

PARENTAL BONDING DIFFICULTIES IN WOMEN DIAGNOSED WITH GENITOPELVIC PAIN AND PENETRATION DISORDER: THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND ANXIETY

Objective: It is thought that parental bonding difficulties (PBD) may have a significant impact on the emergence and maintenance of genitopelvic pain and penetration disorder (GPPPD). Although difficulties in parental bonding have been shown to have a role in the etiology of other mental illnesses, studies on the diagnosis of GPPPD are limited. PBD- anxiety and PBD- childhood trauma relationships have been examined in studies conducted with different diagnostic populations. The importance of childhood trauma and increased anxiety level in GPPPD is often pointed out. However, to our knowledge, there is no study in the literature examining the relationships between PBD and anxiety and childhood trauma in patients diagnosed with GPPPD. Our study aimed to investigate the relationship between PBD and anxiety and childhood trauma in women diagnosed with GPPPD.

Materials and Methods: This study has a cross-sectional design and 42 women diagnosed with GPPPD and 42 healthy controls participated in the study sample. The sociodemographic and clinical data form prepared by the researcher was administered by the researcher, and self-report scales, the Bonding to Parents Scale (BPS), State-Trait Anxiety and Trait Anxiety Scale (STAI-I and STAI-II), and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) were performed.

Results: It was determined that maternal overprotection and total scores of maternal and paternal bonding were statistically significantly lower in women diagnosed with GPPPD compared to healthy women. It was determined that the level of state and trait anxiety experienced by women diagnosed with GPPPD was statistically significantly higher than healthy women. It was pointed out that women diagnosed with GPPPD had a statistically significantly higher score of total childhood trauma, emotional neglect, sexual abuse, and physical neglect compared to healthy

women ($p < 0.05$ for all comparisons mentioned). Total score of maternal bonding shows a statistically significant weak negative correlation with state, trait anxiety and statistically significant mild negative correlation with the score of childhood trauma ($p < 0.001$ for all comparisons mentioned). It was determined that there was a statistically significant mild negative correlation between the total score of paternal bonding of women diagnosed with GPPPD and the childhood trauma score ($p < 0.001$). Among the BPS subscales, it was found that there was a statistically significant weak negative correlation between the BPS subscale maternal care/control score and all CTQ subscale scores, and a statistically significant mild negative correlation with the CTQ total score (emotional neglect: $p = 0.031$; emotional abuse: $p = 0.005$; sexual abuse: $p = 0.003$; physical neglect: $p = 0.002$; physical abuse: $p = 0.033$; CTQ Total: $p = 0.001$). Between father care/control score and CTQ total score, emotional neglect, and physical neglect scores as the CTQ subscale scores, there is a statistically significant mild negative correlation; and a statistically significant weak negative correlation with the other subscale scores of CTQ (CTQ total: $p < 0.001$; emotional neglect: $p < 0.001$; physical neglect: $p = 0.001$). About the correlations between BPS subscales and anxiety levels, there was a statistically significant weak negative correlation between the state anxiety level and both maternal care/control and maternal overprotection scores ($p < 0.05$; $p < 0.05$, respectively). There was a statistically significant weak negative correlation between the trait anxiety score and the maternal overprotection score only ($p < 0.05$). No statistically significant relationship was found between paternal bonding dimensions and state and trait anxiety levels.

Conclusion: According to the results of our study, women diagnosed with GPPPD appear to have parental bonding difficulties (PBD). In these women, a statistically significant positive correlation was found between difficulty in bonding to both mother and father and childhood trauma. This relationship was found to be particularly pronounced for both mother and father in terms of care/control. While it was shown that there was a statistically significant positive correlation between bonding difficulties to the mother and both state and trait anxiety scores in GPPPD patients, no significant relationship was found between bonding difficulties to the father and anxiety scores. A statistically significant negative correlation between

overprotection score as a maternal bonding difficulty and both state and trait anxiety scores; also, a statistically significant negative correlation was found between maternal care/control score and trait anxiety level only. We think that it would be appropriate to support the current results with further research.

Keywords: Genitopelvic pain and penetration disorder, parental bonding, maternal bonding, paternal bonding, state anxiety, trait anxiety, childhood trauma



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu (GPA/PB), etiyolojisinde biyopsikososyal faktörlerin yer aldığı, tedavi edilmediğinde kişilerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarını, ilişkilerini ve işlevselliklerini bozabilen bir cinsel işlev bozukluğudur (1–3). DSM-IV-TR’ye göre vajinismus ve disparoni olarak ayrı başlıklar olarak incelenen iki tanı DSM-5 ile genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu adı altında birleştirilmiş, kaygı ve ağrı korkusu da tanı kriterleri arasına alınmış ve önemleri vurgulanmıştır (4). Tedavi kliniklerine başvuran kadın popülasyonda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu vajinismustur, fakat şiddeti ve yaygın etkileri genel toplum ve bunun yanı sıra birçok sağlık çalışanı tarafından yeterince tanınmadığı için, bu sorundan muzdarip kadınların önemli bir kısmı ihtiyaç duydukları ruhsal desteğe erişememektedirler (2,5).

GPA/PB etiyolojisinde birçok psikososyal etken sayılabilir. Bunlara örnek olarak dindarlık ve muhafazakâr yetişme ortamı, penetratif cinsel birleşme ile ilişkili korkular ve ailesel ve kültürel stigmalar, cinsellik ve evlilik öncesi cinsellik ile ilgili negatif görüşler, kısıtlı cinsel eğitim, cinsel birleşme ile ilgili yanlış ve olumsuz mesajlar, bekaret tabusu, cinsellikle ilgili tabular, aversif cinsel deneyimler, travmatize edici jinekolojik muayeneler, ağrı ve ağrılı cinsel deneyimler, bunu yanı sıra cinsel, fiziksel ve duygusal istismar öyküsü verilebilir (6–8).

Psikososyal etkenler arasında sıklıkla sayılan erken çocukluk çağı yaşantılarının önemi birçok çalışmada gösterilmiş olmakla birlikte, erişkin psikopatolojisine etkileri halen araştırmaya açık bir alandır. O’Sullivan tarafından 1979’da yapılan çalışmaya göre vajinismus tanılı kadınların %70’i babalarını, erken çocukluk yaşlarında korku yaratabilen, tehditkar figürler olarak anımsamaktadır (7). Silverstein’in çalışmasında ise vajinismus tanılı kadınlar çocukluklarında babalarını eleştirel, otoriter, ahlakçı, tehditkâr olarak tanımlarken, annelerinin ise cinsellikten hoşlanmadıklarını ve cinselliği bir yükümlülük olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (9). Tuğrul ve Kabakçı tarafından yapılan bir çalışmaya göre ebeveynlerin otoriter ve baskıcı tutumlarının vajinismus tanısını predikte eden değişkenler arasında olduğu gösterilmiştir (10).

GPA/PB etiyolojisinde psikososyal etkenler arasında sayılan bir diğer neden de çocukluk çağı travma öyküsüdür (11). Özen ve arkadaşlarının yaptığı GPA/PB

tanılı kadınlarda ÇÇTÖ ölçeği ile çocukluk çağı travma öyküsünü araştıran bir çalışmada, GPA/PB tanılı kadınlarda ölçeğin alt gruplarından olan cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal puanlarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (12). Walker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan kadınların %74'ünde erişkin cinsel disfonksiyon saptanırken, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olmayan kadınlarda bu oran %34 olarak saptanmıştır (13).

Araştırmalarda psikososyal etkenler sıklıkla ele alınmakla birlikte GPA/PB hastalığının gelişmesinde bireysel yatkınlığa yol açabilecek bazı biyolojik faktörler de ortaya konulmuştur. Yüksel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada vajinismus grubunda spesifik cinsel görsel uyaran karşısında duyu kapılama bozukluğu olduğu saptanmış, buna karşın sağlıklı cinsel yaşamın önemli bir unsuru olan ön sevişme süresi ile duyu kapılama bozukluğunda düzelme arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (14). Buna ek olarak da pelvik taban disfonksiyonu vajinismusa etken predispozan bir faktör olarak ele alınmıştır. Fakat bu etmenin vajinismusa sebep olan bir faktör ya da belirleyici bir semptom olduğu konusunda netlik sağlanamamıştır (15). Ayrıca himen ile ilişkili anomaliler, enfeksiyonlar, vestibulodini, genital cerrahi veya radyoterapiye bağlı travma, vajinal atrofi, pelvik konjesyon, endometriozis, vajinal lezyonlar ve tümörler, doğum veya ameliyattan kaynaklanan vajinadaki yaralanmalar, vajinal düş, spermisitler veya prezervatif lateksinin sebep olduğu mukozal hasar da ağırlı cinsel birleşmeye sebep olabilen organik sebepler arasında yer alır (15).

GPA/PB tanısındaki önemi sonradan tanı kriterlerinde de yer alarak vurgulanmış olan kaygı konusunda da literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Watts ve Nettle'in yaptığı bir çalışmada vajinismus tanılı kadınlarda kontrol grubuna göre hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır (16). Aynı çalışmada vajinismus tanılı kadınların %23,4'ünün cinsel istismar öyküsü bulunurken, cinsel istismar öyküsü olan ve olmayan kadınların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında bir fark bulunmamıştır (16). Nylanderlundqvist ve Bergdahl'in çalışmasına göre vulvar vestibülit tanılı kadınlarda kontrol grubuna göre hem Beck depresyon ölçeği puanları hem de durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır (17). Granot ve Lavee'nin yaptığı bir çalışmada vulvar vestibülit sendromu (VVS) tanılı kadınlarla sağlıklı kadınlardan oluşan kontrol grubu

karşılaştırıldığında iki grubun durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamasına karşın VVS tanılı kadınların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (18).

Literatürü incelediğimizde ebeveyne bağlanma biçimleri ve farklı erişkin psikopatolojilerine etkileri üzerine birçok çalışma olduğu gibi genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunda ebeveyne bağlanma zorlukları üzerine de sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının 2022’de yayınlanan araştırmasına göre GPA/PB tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrol grupları ebeveyn bağlanma özellikleri açısından karşılaştırıldığında, GPA/PB tanılı hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek maternal aşırı koruma ve maternal ilgi/kontrol puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar GPA/PB hastalarının çocukluk dönemlerinde anneleri tarafından aşırı kontrol edici ve müdahaleci ebeveyn tutumlarına maruz bırakılmış olduklarını düşündürmektedir (19). Buna karşın, tarafımızca gerçekleştirilen literatür taramasında GPA/PB tanılı hastaların ebeveyne bağlanma zorlukları ve bunun çocukluk travmaları ve anksiyete ile ilişkisi üzerine şimdiye kadar bir çalışma gerçekleştirilmediği görülmüştür.

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda şu hipotezler test edilmiştir:

1. Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanılı kadınların çoğunda ebeveyne bağlanma zorlukları bulunmaktadır.
2. GPA/PB tanılı kadınlarda ebeveyne bağlanma zorlukları ile çocukluk çağı travmansıklığı arasında pozitif yönlü ilişki vardır.
3. Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanılı kadınlarda ebeveyne bağlanma zorlukları ile durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi pozitif yönlü ilişki göstermektedir.

Özellikle genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanısıyla ilişkili objektif ölçeklerle ve sağlıklı kontrollerin dahil edildiği çalışma sayısının yeterli olmaması çalışmamızı değerli kılmakta olup, bu tanının etiyolojik etmenlerine yönelik hipotezleri olan bu çalışmanın GPA/PB tanılı kadınlarla terapötik ilişki geliştirebilme ve tedavi sürecinde göz önünde bulundurulabilecek aydınlatıcı bilgiler de sunabileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GENİTOPELVİK AĞRI/PENETRASYON BOZUKLUĞU

DSM-5 yayınlanana kadar vajinal penetrasyon ilişkili ağrı şikayeti olan kadınlar ya disparoni ya da vajinismus tanısı almaktaydılar. Buna ek olarak disparoni yüzeysel ve derin olmak üzere iki başlık altında incelenmekteydi. Vajinismusun disparoniye sekonder olarak da ortaya çıkabileceği göz önüne alınarak, iki tanı arasındaki sınırın oldukça belirsiz olması nedeniyle, DSM-5'te bu iki başlık genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanısı altında toplanmıştır (4,20).

2.1.1.Tanım ve Tarihçe

Vajinismus, vagina (kılıf) ve istmus (eylem) kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşan, ağrı ve/veya korkuyla birlikte cinsel birleşmenin mümkün olmadığı ya da oldukça ağrılı olduğu bir bozukluğu tanımlar (21). Bu durum kadınlarda penetrasyon girişiminde fiziksel bir ağrı oluşumunun yanında aynı zamanda belirgin psikolojik acıyı da beraberinde getirmektedir. Vajinaya giriş ile ilgili fobik korkuya eşlik eden pubokoksigeal kaslar ve vajinanın alt 1/3'lük bölümünü çevreleyen kaslarda istemsiz kasılmalar oluşmaktadır (22).

Tarihte ilk defa Ramesseum IV papirüslerinde rastlanan vajinismus olgularından 1547'de İtalya'nın kadın doktorlarından Salerno'lu Trotula'nın “Kadın Hastalıkları” isimli kitabında bahsedilmiş ve “baştan çıkarılmış bir kadının bakireymiş gibi görünmesine neden olacak biçimde vulvanın daralması” şeklinde ifade edilmiştir (23). Vajinismus terimini ilk kullanan 1861 yılında Amerikalı bir jinekolog olan Dr. Marion Sims olmuştur ve bu kavram günümüzde de halen kullanılmaktadır. Dr.Sims, 2 Nisan 1862'de New York Tıp Akademisi'nde okunan “Vajinismus Üzerine” isimli makalesiyle literatüre “vajinismus” terimini tanıtmış ve neden bu adı önerdiğini şu şekilde açıklamıştır (24):

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

spazmodik kapanışını adlandırmayı öneriyorum.” “Vajinismus üzerine” isimli makalesinde vajinismus olgularında bir tüyün dokunuşuyla bile olağanüstü bir tepki ortaya çıktığını belirten Dr.Sims, vajinal sfinkter spazminin patognomonik süpersensitivitesinin ise tanısal olduğunu belirterek, bu bozukluğun nedeninin himenin dış yüzeyi ve çevresinin bu aşırı hassasiyeti olduğunu öne sürmüş ve himenektomi ile bu aşırı hassasiyetten kurtulunabileceğini ifade etmiştir. Bu operasyonu takiben vajinanın “Y” şeklindeki insizyonu ve cam tüpler aracılığıyla vajina dilatasyonu Dr.Sims'in tedavi yöntemini oluşturur (25).

Dr. Sims Amerika'nın ilk kadın hastanesini kurması ve tıp biliminde jinekoloji adı altında bir bilim dalı henüz oluşmamış, jinekoloji hakkındaki bilgiler sadece ebelik üzerine olan kitaplarda ele alınır iken bu alanda sağladığı kendi adıyla bilinen spekulumu, muayene pozisyonunu ve vezikovajinal fistül operasyonunu geliştirmesiyle tarihte önemli bir isimdir (26). Fakat meslek hayatında yaptığı klinik araştırmaları siyahi köle kadınlar üzerinde yürütmesi ve prosedürleri anestezisiz olarak uygulaması, hastaların bu çalışmalara katılma konusundaki onamlarının belirsizliği gibi konularla da tıp etiği açısından tartışmalı bir figürdür (27). Dr. Sims, Amerikan İç Savaşı döneminde, 1861'de, kendi güvenliği ile ilgili kaygılarından ötürü Avrupa'ya göç etmiş ve mesleğine bir süre burada devam etmiştir (28,29). Avrupa'ya gelişinin siyasi yönlerinin oldukça ön planda olması da göz önüne alındığında önerdiği tedavi yöntemleri Amerika'da bir “kahraman” olarak adlandırılmasını sağlamış olmakla birlikte Avrupa'da yoğun eleştiri almıştır. Bu eleştirilerden birinde Almanya'dan Dr. Scanzoni' ye göre vajinismusun nedeni cinsel açıdan deneyimsiz olan eşler ve buna bağlı vajinada gelişen mikrotravmalar olması sebebiyle tedavide öncelikle cinsel ilişkinin engellenmesi gerektiğini söylemiş ve vajinanın sık uygulanan sıcak banyolar, sıcak Goulard ekstresi losyonu ve konstipasyon halinde laksatifler kullanılarak inflamasyondan arındırılmasını, sonrasında gümüş nitrat solüsyonu ve belladona içeren vajinal suppozituarlar uygulanmasını önermiştir (30). Bu dönemde Avrupa'da hakim olan görüş çerçevesinde gelişen kadınların genital organları tarafından yönetildiği varsayımı, bazı doktorların neredeyse tüm kadın hastalıklarını ve şikayetlerini bu organların bozukluklarına bağlamasına yol açmıştır (31). Bu sebeple de önerilen tedavilerin sıklıkla vajinal anatomik içerikli olması ve kadınların cinsellik

açısından biyopsikososyal olarak kapsamlı ele alınmayışı, cinsellikte kadının adının değil sadece vajinanın bulunuşu şaşırtıcı olmamalıdır.

20. yüzyıl başlarından itibaren psikanalizin gittikçe ön plana çıkmasıyla cinselliğe ve cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım da buna göre şekillenmeye başlamıştır. Psikanalitik yazınlara göre vajinismusta ortaya çıkan bu semptomun sebebi kadının penis hasedi ve intikam olarak erkeği kastre etmeye yönelik bilinç dışı arzusu olarak yorumlanmıştır (32,33). Bu doğrultuda da vajinismus tedavisinde cerrahi müdahaleler yerini psikoeğitim ve psikoterapötik yöntemlere bırakmıştır. Günümüzde cinsel psikoterapi yaklaşımının temelleri, Masters ve Johnson'ın 1966 yılında yaptığı çalışmaları derlediği "İnsanda Cinsel Davranış" kitabı ile atılmıştır (31). Bu kitapta Masters ve Johnson, bireyin cinsel uyarana karşı gösterdiği bedensel tepkileri; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme şeklinde dört fazdan meydana geldiğini öne sürmüş ve cinsel yanıt modelini (HSRC) oluşturmuşlardır (6). 1970'te yayınladıkları "İnsanda Cinsel Yetersizlik" isimli kitaplarında da cinsel sorunları bu cinsel yanıt modellerinden olan sapmalar çerçevesinde tanımlamışlardır. Bu tanı çerçevesi hem modern cinsel terapi hem de DSM'de ayrı bir yere sahip oldu. Buna göre anorgazmi, vajinismus ve disparoni olmak üzere üç kadın cinsel işlev bozukluğu tanımlanmıştır (34). Masters ve Johnson sadece sorunun tanımlandığı partner yerine çift olarak tedavi uygulamaları ve davranışsal, kısa süreli ve yoğun terapi programıyla cinsel işlev bozukluğu tedavisinde devrim yaratmıştır (31).

2.1.2. Klinik Tanı ve Sınıflandırma

Disparoni 1952'de ilk yayınlanan DSM itibariyle tanılar arasında yerini almış olmakla birlikte, vajinismusun tanılar arasına girişi ilk defa 1980'de DSM-III ile olmuştur. Her iki tanı da DSM-III-R, DSM -IV ve DSM-IV-TR dizinlerinde belirgin bir değişikliğe uğramamıştır.

DSM-IV-TR'de vajinismus için temel tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (35):

- A. Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda cinsel birleşmeyi (koitus) engelleyecek biçimde, yineleyici ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması.
- B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

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

Bu tanımlamada vajen kaslarının kasılması ve cinsel aktivitenin geleneksel bir bakış açısıyla “birleşme” kısmı vurgulanmakta, kadındaki kaygı ve ağrı korkusu yeterince vurgulanmamaktadır (36–38). Temmuz 2003’te yapılan 2. Uluslararası Eretil ve Seksüel Disfonksiyonlar Konsültasyonu’nda bu eleştiriler de değerlendirilerek “Kadının, olmasını arzu ettiği halde, penis, parmak ve/veya başka bir objenin vajinal girişini sağlamak konusunda sıkıntı yaşaması, genellikle eşlik eden kaçınma, kas kontraksiyonları ve ağrı beklentisi/korkusu/deneyimi olması, yapısal ve fiziksel anormalliklerin dışlanmış olması” şeklinde alternatif bir tanımlama önerilmiştir (37).

DSM-IV-TR’ye göre vajinismus ve disparoni olarak ayrı başlıklar olarak incelenen iki tanı DSM-5 ile genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu adı altında tek başlığa toplanmış ve kaygı ve ağrı korkusu tanı kriterleri arasına girerek önemleri vurgulanmıştır. Buna göre genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanısı konulabilmesi için, yaklaşık en az 6 aydır, aşağıdakilerin en az birinde, yineleyici ya da sürekli güçlük görülmelidir (4):

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

2.1.3. Ayırıcı Tanı

İnsandaki cinsel yanıt döngüsü, birbiriyle bağlantılı ancak anatomik ve fizyolojik açıdan birbirlerinden belirgin olarak ayrılan istek, uyarılma ve orgazm olmak üzere üç evreden oluşur. DSM-IV ve DSM-5’te cinsel işlev bozuklukları geçmişte olduğu gibi indirgemeci bir biçimde değil, her evreye karşılık gelen klinik sendromlar olarak ele alınmaktadır. DSM-IV’te disparoni ve vajinismus, DSM-5’te de genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanıları cinsel işlev bozuklukları başlığı

altında ele alınmakta ve bu bozukluklarda cinsel yanıt döngüsünün 3 evresinde primer olarak herhangi bir bozulma görülmemekle birlikte ikincil olarak cinsel işlev bozuklukları eşlik edebilir (23).

1. **Vajinismus:** Kadının olmasını arzu ettiği halde; penis, parmak ve/veya başka bir objenin vajinaya girişine sürekli veya yineleyici bir biçimde izin verememe sorunudur. Sıklıkla fobik kaçınma, istemsiz pelvis kas kasılmaları ve ağrı beklentisi/korkusu/deneyimi vardır (39).
2. **Disparoni:** Disparoni (cinsel ilişki sırasında ağrı) kadınlarda ve erkeklerde görülebilir. Genellikle yerel bir patolojik duruma atfedilebilir ve böyle bir durumda uygun şekilde kategorize edilmelidir. Bazı durumlardaysa belirgin bir neden yoktur ve emosyonel faktörler önemli olabilir. Bu kategori, yalnızca başka bir birincil cinsel işlev bozukluğu yoksa (örn. vajinismus veya vajinal kuruluk) kullanılır (40).
3. **Vulvar vestibülit sendromu (VVS):** Doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen disparoninin en yaygın nedenlerinden biridir (41). VVS için tanı kriterleri vulvar vestibüle dokunma veya vajinal penetrasyon girişimi üzerine şiddetli ağrı, vulvar vestibülün pamuklu çubukla palpe edilmesinde olağanüstü hassasiyet ve bazı kadınlarda irritasyon belirtileri olarak tanımlanmıştır (42). VVS tanılı kadınlar, penetrasyon sırasında vajinal girişte keskin, yakıcı bir ağrı yaşarlar. İlişkiden sonra ağrı bir süre daha devam edebilir. Ayrıca, tampon takma ve jinekolojik muayeneler gibi cinsel olmayan penetrasyon faaliyetlerinde de gelişebilir (43).

Vajinismusu tarih içerisinde süregelen şekilde belirleyen tanısal semptom, cinsel birleşmeyi engelleyen vajinal kas spazmı olarak sayılmıştır. Reissing, Binik ve Khalife'nin yaptıkları çalışmaya göre en temel sorun, vajinal spazmın varlığının hiçbir zaman güvenilir bir şekilde kanıtlanmamış olmasıdır (23). Vajinal/pelvik spazm, vajinismus tanısı için ne gerekli ne de yeterli bir koşul gibi görünmektedir. Reissing ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada jinekolojik muayenede, vajinismus grubundaki kadınların üçte birinden daha azında vajinal/pelvik spazm gözlemlendiği bildirilmiştir. Ek

olarak aynı çalışmada, vajinismus grubundaki kadınların sadece dörtte biri, cinsel birleşme girişimi sırasında gerçekten spazm yaşadığını bildirmiştir (38). Başka bir çalışmadaysa vajinismus tanısı almış kadınların pelvis taban kaslarını kasıp gevşetme becerisi konusunda kontrol grubundan farklı olmadıklarını ortaya koymuştur (44).

Bir başka eleştiri alan tanısız konu da, vajinismus cinsel bir ağrı olarak sınıflandırılmasına rağmen DSM-IV tanısının ağrı deneyimi gerektirmemesidir (36). Yine de, yapılan çalışmalarda toplanan veriler, ağrının vajinismus tanısının ayrılmaz bir parçası olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir (38,45,46). Reissing ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada vajinismuslu kadınlarda, bildirilen ağrı yoğunluğu veya ağrı deneyimlerinin bilişsel, duyuşsal ve duygusal nitelikleri açısından disparoni/VVS'li kadınlardan farklı olmadığı gösterilmiştir (38). Binik ve arkadaşlarının yazdığı derlemede hem vajinismusun hem de disparoninin ana semptomunun ağrı olduğu, ağrı ve ağrı bozukluklarının geleneksel niceliksel ve niteliksel ölçümlerinin vajinismus ve disparoniyi tanımlamada ve sınıflandırmada çok yararlı görüldüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca vajinismus ve disparonide ağrı cinsel olmayan durumlarda da tetiklenebilir ve cinsel işlev bozukluklarının tipik taksonları, cinsel ağrı bozukluklarını tanımlamada veya sınıflandırmada yararlı olmadığını, epidemiyolojik veya taksonomik bir bakış açısından, ne vajinismusun ne de disparoninin diğer kadın cinsel işlev bozuklukları ile yakından ilişkili olmadığını, öte yandan, disparoninin diğer pek çok pelvik taban veya üriner disfonksiyon ile yakından ilişkili gibi görüldüğünü belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra aynı çalışmada ağrı ve sağlık psikolojisi literatürlerinden alınan açıklayıcı biyopsikososyal mekanizmaların (örn. merkezi sensitizasyon, felaketleştirme) araştırma için umut verici yeni yollar açmakta olduğu, geleneksel cinsel işlev bozukluğu açıklamalarının (örneğin, spazm, hatalı cinsel senaryolar, altta yatan çift patolojileri veya tıbbi patolojiler) yakın zamanda önemli bir ilerleme sağlamamış olduğu söylenmiştir. Diğer spesifik olmayan ağrı türlerinin ve buna eşlik eden kaygının (örn. baş ağrısı veya sırt ağrısı) DSM'ye dahil edilmediğine de dikkat çekmişlerdir. (47). 2009 yılında Binik, disparoni ve vajinismusun ya DSM'den çıkarılması ya da en azından tek bir sınıflandırmaya, yani genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğuna (GPA/PB) entegre edilmesi çağrısında bulunmuştur (48). Bu doğrultuda, 2013 yılında DSM-5 yayınlanmış ve bu iki tanı GPA/PB tanısı altında birleştirilmiştir (4).

2.1.4. Yaygınlık ve Sıklık

Vajinismusun çok sık rastlanan bir kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu düşünülmekle birlikte genel popülasyondaki yaygınlığı bilinmemektedir, buna sebep olabilecek birkaç neden olmakla birlikte en önde gelen neden bu tür yakınması olan kadınların tedaviye başvurmaktan çekinmeleri, eksik tanı konulduğu ve gözden kaçırıldığıdır (49,50). Vajinismus tanısının prevalansı konusunda araştırmalar oldukça geniş bir aralığa işaret etmektedir. Genel popülasyondaki prevalansının %3-13 arasında; kliniğe başvuran cinsel işlev bozuklukları arasında ise %21-48 arasında olduğunu gösteren çalışmalar vardır (51).

Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanısının prevalansı ülkeler arasında değişiklik göstermektedir (3). Örneğin vajinismus prevalansı İtalya'da %7,8 (52), Portekiz'de %6,4 (53) iken, İran'da yapılan birkaç çalışmaya göre %20,1 olarak saptanmıştır (54). Sungur yaptığı çalışmada ülkemizde tanı konulan cinsel işlev bozuklukları arasında vajinismusun %43- 73 arasında değişen oranlarda ve ilk sırada yer aldığını belirtmiştir (55).

Ülkeler arasında görülen prevalans farklılıklarının sebebi bu tanı sıklığının kültürler arasında farklılık göstermesi olduğu düşünülmektedir (3). Bunun üzerindeki en büyük etken kültürün kişilerin seksüel ve psikososyal gelişimleri üzerinde yoğun etkileri olması ve bu sebeple de GPA/PB tanısı açısından önemli bir etiyolojik etmen olmasıdır (6–8).

2.1.5. Etiyoloji

1.Organik sebepler: Organik etiyolojiler arasında ağırlı ve zor vajinal penetrasyona neden olan himen ile ilişkili ve konjenital anormallikler, enfeksiyonlar, vestibülodini, genital cerrahi veya radyoterapi ile ilişkili travma, vajinal atrofi, pelvik konjesyon, endometriozis, vajinal lezyonlar ve tümörler, yaralanma, doğum veya ameliyattan kaynaklanan vajina yaraları ve vajinal irritasyona neden olan duşlar, spermisitler veya prezervatiflerdeki lateksin neden olduğu tahriş gibi bazı organik patolojiler öne sürülmüştür (5,23,56–58). Fakat bu olasılıkları değerlendiren hiçbir kontrollü çalışma yapılmamıştır (15). Pelvik taban kaslarının disfonksiyonunun (hipertonisite ve azalmış kas kontrolü) vajinismus gelişiminde predispozan bir faktör olduğu ileri sürülmüştür (59,60). Barnes ve arkadaşlarının çalışmasında, vajinismuslu

kadınların vajinal kas tonusunu değerlendirmede güçlük yaşadıkları ve bunun sonucunda gevşeme ile spazmı ayırt etmede sorunlar yaşadıkları ileri sürülmüştür (61). Reissing ve arkadaşlarının jinekolojik ve fizyoterapist muayeneleri ve yüzey EMG değerlendirmesi ile yaptıkları bir çalışmaya göre jinekologlar ve fizyoterapistler, vajinismus olan kadınlarda vajinal/pelvik kas tonusunda artış olduğunu bildirmişlerdir, ancak EMG kayıtları bu bulguyu yansıtmamaktadır. EMG değerlendirmesine katılmayan vajinismus grubundaki önemli sayıda kadın göz önüne alındığında, çalışmanın bu yönüne ve/veya istatistiksel analizlere yalnızca daha az pelvik taban tonusu olan kadınların katılmış olması mümkün olarak değerlendirilmiştir. Buna karşın fizyoterapistler ve EMG kayıtları vajinal/pelvik kas gücünün azaldığını doğrulamışlardır (38). Bununla birlikte, pelvik taban disfonksiyonunun predispozan bir faktör mü yoksa tanımlayıcı semptom mu olduğu belirsizliğini korumaktadır. Bugüne kadar hiçbir kontrollü boylamsal çalışma, vajinismus etiyolojisinde pelvik taban kas disfonksiyonunun rolünü araştırmamıştır (15).

2019'da Yükselay ve arkadaşlarının güncel bir çalışmasında da vajinismus gelişiminde bireysel yatkınlığa neden olabilecek fiziksel etmenlerin incelenmesi amacıyla duyuşsal bilgi işleme süreçlerinin, vajinismus oluşumuna olası etkileri değerlendirilmiştir. Bunun için vajinismus hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda spesifik cinsel görsel uyaran ve korku içerikli görsel uyaran karşısında p50 kapılanması elektrofizyolojik yöntemlerle karşılaştırılmış ve sonuç olarak hasta grubunda spesifik cinsel görsel uyaran karşısında gözlenen işitsel duyu kapılama bozukluğu korku içerikli görsel uyaran karşısında gözlenmemiş, duyu filtrelenmesindeki bozukluğun hastalığa spesifik olarak yalnızca cinsel görsel uyaran karşısında olduğu görülmüştür (14).

2. Psikanalitik yaklaşım: Abraham'a göre vajinismus, kadınların ödipal dönem karmaşasının şimdiye yansımasıdır. Kadının penis sahibi olma isteğine bağlı erkeği kastre etme arzusunun fiziksel ifadesidir. Vajinismus semptomu sayesinde erkeğin vajina penetrasyonu engellenerek erkek hüsrana uğratılır (62).

Ward ve Ogden'in çalışmasındaki nicel verilerden elde edilen sonuçlar, vajinismusun nedeni hakkında en yaygın faktörün ağrı korkusu olduğunu, bunu erken

çocukluk yaşantıları ve yakınlık korkusu ile ilgili faktörlerin izlediğini göstermektedir. Bu sonuçlar aynı zamanda, vajinismus hastalarının travma (fiziksel ve psikolojik) öyküleri, yetiştirmeden kaynaklanan inançları ve hastaların vajinismusu bir savunma mekanizması olarak belirten ifadeleriyle desteklenmektedir. Aynı çalışma nedensellik açısından geniş inanç yelpazesi sunmakla birlikte, vajinismusun sadece psikoseksüel bir sorun olmadığını, vajinal spazmın fiziksel ve duygusal acıdan korunma ihtiyacının, kontrol ihtiyacının ve kendini korumaya yönelik bir engelin bir belirtisi olabileceğini ve bu engel sayesinde kadının kendilik ve öteki arasındaki ayrımı koruyabildiğini düşündürmektedir (63).

Abraham’a göre vajinismus vakaları iki grupta incelenebilecek olup, vakaların daha büyük bir kısmının babalarına fikse kadınlardan oluştuğu ve bunların hızlı ve kolay bir şekilde üstesinden gelinebilecek vakalar olduğu gösterilmiştir. Daha küçük ve daha zor grup ya annelerine ketlenmiş ya da mizaçları ya da dış koşullar nedeniyle annelerine regrese olmuş kadınlardan oluşur. Bu vakaların tedavisi daha fazla zaman ve uzmanlık gerektirir (32).

Silverstein’in 22 vajinismus vakasından edindiği veriler semptomun vajinismuslu kadınlar için koruyucu olduğunu belirtmiştir. Semptom, vücut bütünlüğünü ve sınırlarını güvende tutar ve algıladıkları sınır ihlaline karşı koruyucu bir yanıttır. Algılanan bu sınır ihlali bir baba temsiliyle kaynaşmadan ve dağılma korkusundan kaynaklanmaktadır. Vajinismuslu kadınların babalarının aşırı korumacı, kızlarının sınırlarına dikkat etmeyen ve ayartıcı özellikleri olabileceği gibi aşırı agresif ya da tehditkar da olabildiği öne sürülmüştür. Genel olarak öfkesini ifade etmekte zorlanan ve ‘iyi kız evlat’ olarak tanımlanan vajinismus tanılı kadınların çoğunlukla öfke uyandıran saldırgan temsili olan babaya yönlendiremediği öfkeyi babanın yansıması olan partnerine yönelttiği düşünülmektedir (9).

3. Bilişsel davranışçı yaklaşım ve anksiyetenin yeri: Son zamanlarda, daha önce kronik kas-iskelet ağrılarının açıklanmasına yardımcı olan korku-kaçınma modelinin vajinismus gibi cinsel ağrı bozukluklarına da uygulanabileceği, çünkü benzer emosyonel ve bilişsel süreçlerin cinsel ağrının algılanması ve sürdürülmesinde de rol oynadığı tartışılmaktadır. Kas-iskelet sistemi ağrısı bağlamında yapılan önceki çalışmalar, ağrıyı felaketleştirme (PC) ve korku-kaçınma inançlarının ağrı

semptomlarının gelişimine ve/veya devam etmesine katkıda bulunabileceğini göstermiştir (64–66). Bu nedenle, ağrı işaretlerini felaketleştirici şekilde yorumlamaya yönelik eğilim, akut ağrı semptomlarının kronikleşmesine sebep olarak sayılabilir. Buna paralel olarak, kronik ağrıyla ilişkili korku-kaçınma modeli, yaşanan ağrıya felaketleştirici atfin hipervijilans ve kaçınma davranışını sürdürebileceğini gösterir (65,67–70). Hipervijilansın nedensel olarak bedensel duyumların, semptomların veya ipuçlarının uzun zamandır bilişsel çarpıtmaya uğramasına ve algısal açıdan büyütülmesine bağlı olduğu düşünülmektedir (71,72). Buna göre katastrofik ağrı bilişleri, ağrı deneyimini yoğunlaştıracak ve böylece daha fazla kaçınma davranışını tetikleyecek ve dolayısıyla bu çarpıtmanın düzeltilmesini engelleyecektir (73,74). Sonuç olarak, artan kaçınma davranışı ve ağrı beklentisiyle semptomun devamlılığı açısından kısır döngüye girilebilir.

Vajinismusta, cinsel ağrı veya ağrı beklentisi benzer şekilde katastrofik düşünceye (örneğin vajinal penetrasyon ağrılı olacaktır) ve vajinal penetrasyonla ilgili korkuya yol açabilir (38,50,75). Buna karşılık, katastrofik sonuçların beklentisi ağrılı cinsel uyarılara ve ağrılı deneyimleri öngörmelerini sağlayacak uyarılara karşı hipervijilansın yanında cinsel ipuçlarına negatif atfa, kaçınmaya ve geri çekilmeye de sebep olabilir (69,76). Ek olarak, defansif bir pelvik taban kas kasılması veya artan kas tonusu ile karşılanan penetrasyon girişimleri, olumsuz bilişlere katkıda bulunabilir ve olumsuz beklentileri doğrulayabilir (38,50,77).

Ağrıyla ilişkili felaketleştirici yorumlar yapma eğilimi sergileyen kadınların penetrasyon (girişimi) sırasında da benzer bir strateji uygulamaları beklenebilir. Bununla uyumlu olarak ağrıyı felaketleştirme eğilimi daha spesifik durumlarda daha fazla felaketleştirme bilişlerinin oluşmasında distal bir faktör olarak yorumlanabilir. Ağrıyla ilişkili daha önceki çalışmalarda genel felaketleştirme eğilimi ve ağrı spesifik durumlarda felaketleştirme arasında yaklaşık 0.45 korelasyon olduğu belirtilmiştir (78,79). Bu nedenle, eğer işlevsiz ağrı bilişleri, cinsel ağrı bozukluklarının etiyolojisinde ve sürdürülmesinde gerçekten önemli bir rol oynuyorsa, ağrıyı çokça katastrofize eden kadınlar bu tip bir bozukluğu geliştirme açısından özellikle risk altında olacaktır. Borg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da özellikle yaşam boyu vajinismus tanısı alan kadınların, cinsel şikayetleri olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında, yüksek düzeyde katastrofik ağrı bilişlerinin yanı sıra korku-

kaçınma davranışlarının da gözlendiği kişilik özelliklerinin olduğunu göstermişlerdir (80).

Penetrasyon ve cinsel aktiviteyle ilişkili duygusal tepkiler de araştırılmıştır. Örneğin, vajinismus tanılı kadınlar, pelvik muayeneler sırasında vajinismusu olmayan kadınlara kıyasla önemli ölçüde daha fazla savunma tepkisi göstermekte ve daha fazla kaygı bildirmektedirler (38,81). Bu kadınlar ayrıca cinsel ilişki sırasında daha fazla endişe ve cinsel ilişki ya da cinsel birleşme olmayan penetratif cinsel aktiviteyi düşünürken daha yüksek düzeyde korku bildirmişlerdir (50,82). Reissing'in 2012'de yaptığı bir çalışmada yaşam boyu ve ikincil vajinismus olan kadınlar, çevrimiçi bir ankette penetrasyon sorunlarına nedensel atıfları konusunda sorgulanmışlardır. Yaşam boyu vajinismus tanılı kadınlar semptomlarının kaynağı olarak sıklıkla ağrı korkusu, yaralanma korkusu, yakınlık korkusu, kontrolü kaybetme korkusu, kendi bedenleri, cinsel organları ve penis ile ilgili negatif düşünceler ve cinsel birleşmeden tikslenme gibi sebepler bildirmişlerdir. Korku, hipervijilans ve olumsuz duygular aynı zamanda pelvik kas sisteminin defansif kasılmalarına yol açarak vajinal penetrasyonda zorluklara ve ağrıya neden olabilir, böylece olumsuz beklentileri güçlü bir şekilde doğrular ve korku-kaçınma döngüsünü devam ettirir. Vajinal penetrasyondan ve potansiyel olarak bazı kadınlar için cinsel davranışın diğer yönlerinden kaçınma davranışı, korkuları ve olumsuz duyguları geçici olarak ortadan kaldırarak korku-kaçınma döngüsünün olumsuz bir şekilde güçlendirilmesine neden olur. Yenilenen girişimlerin, önemli ölçüde hipervijilans ile karşılanması muhtemeldir. Bu nedenle vajinismusun etiolojisinde ana sebeplerden olan, ağrıdan çok korku ve kaygıdır ve bu nedenle, olumsuz bilişler ve duygular vajinismusun gelişmesinde ve/veya sürdürülmesinde disparoniye kıyasla daha merkezi bir rol oynama potansiyeline sahiptir (50,83–85).

2.1.6. Kültür

Vajinismus etiolojisinde kültürel faktörlerin rolüne birçok araştırmada değinilmiştir. Farklı yazarlar tarafından belirtilen kültürle ilişkili en yaygın psikososyal göstergeler şunlardır: Dindarlık ve dini geçmişin yanı sıra cinsel birleşme ile ilgili ailesel ve kültürel damgalamalar, penetratif sekse ilişkin korkular, cinselliğe ilişkin olumsuz görüşler, kısıtlı cinsel eğitim, evlilik öncesi cinsellik ve cinsel birleşme hakkında yanlış veya olumsuz mesajlar, bekaret beklentisi, cinsellikle ilgili tabular,

tiksindirici cinsel deneyimler, travmatize edici jinekolojik muayeneler, ağrı ve ağrılı cinsel deneyimler, fiziksel ve duygusal istismar (6,7,23).

Batı ülkelerine kıyasla Türkiye’de vajinismus görülme sıklığı daha yüksektir. Tuğrul ve arkadaşlarının 1993’te iki şehirdeki iki üniversite ve bir devlet hastanesine başvuran kadınlar arasında yaptığı bir çalışmaya göre bu kadınlar arasında vajinismus görülme sıklığı %73 olarak saptanmıştır (86). Dolayısıyla Türk kültürünün bazı özelliklerinin bu yüksek görülme sıklığında rol oynayabileceği düşünülmektedir, çünkü cinsel değerler, cinselliğin anlamı, normal bir cinsel ilişkinin tanımı, cinsel işlev bozukluklarının algılanması ve anlamı çeşitli kültürel faktörlerden etkilenebilir (87,88).

Tuğrul ve Kabakçı’nın 1997’de yaptıkları çalışmada belirttikleri üzere Türk kültüründe erkek cinsel organının ve cinselliğinin kadın cinsel organına göre daha açık bir şekilde isimlendirilmekte ve dile getirilmektedir. Sünnetin bu fenomen üzerinde bir etkisi olabileceği belirtilmiş ve sünnetin sağladığı kültürel onay ve olumlu algıyla cinsel organın benlikle bütünleşmesi erkeklerde kızlara göre daha erken gerçekleştiği öne sürülmüştür (89). Öte yandan, kadın cinsel organı ve cinselliği toplumun önemli bir kesiminde evlenene kadar tabu olarak tutulmaktadır. Geleneksel ailelerden gelen kadınların cinsel sorun yaşaması veya vajinismus yaşaması bir kural olmasa da, bekaret beklentisi Türkiye’de vajinismus görülme sıklığının Batı ülkelerine göre daha yüksek olmasında rol oynayabileceği belirtilmiştir (10). Yasan’ın vajinismus tedavi sonuçlarını karşılaştırdığı çalışmasında sonuç alınamayan tedavi grubunda mastürbasyon/evlilik öncesi cinsellik oranı, başarılı sonuçlanan tedavi grubundan daha düşük saptanmıştır. Bu sonuç, fiziksel yakınlığın çok az olması veya hiç olmaması, cinsellikle ilgili temel sorunların olması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmaya katılan birçok çiftin, cinsellikle ilgili temel bilgilerden yoksun olduğu, örneğin bazı kadın ve erkeklerin vajinal açıklığın yerini bilmedikleri de gözlenmiştir (90).

Batı’da ise Viktorya döneminin cinselliği kısıtlayıcı ve yasaklayıcı tutumundan günümüz feminizm hareketlerinin ön plana çıkarak kadın cinselliğinin ve cinsel organının daha konuşulabilir hale gelmesi ve Amerika’da özellikle liberal kesimlerde özerklik etiği çerçevesinde bireylerin başkalarına zarar vermemeleri koşuluyla istedikleri hayatları sürdürebilmeleri düşüncesiyle, kişilerin de cinsellikle ilgili

değerleri ve davranışlarında değişiklikler olmuştur (31,91). Fakat muhafazakar görüşte olan kesimlerde ise bazı farklılıklar görülmektedir. Muhafazakar değerlere ve/veya cinsellikle ilgili nispeten katı ahlaki standartlara güçlü bağlılığın, cinsel davranış çeşitliliğini kısıtladığı ve cinsel bağlamda olumsuz duygular yaşama eğilimini düşürdüğü gösterilmiştir. Bu da vajinismusun özünde yer alan geri çekilme ve kaçınma davranışına yol açabilir. Borg'un çalışmasında spesifik olarak, vajinismus grubu, muhafazakar değerlerde nispeten yüksek puanlarla birlikte liberal değerlerde düşük puanlar göstermiştir. Ek olarak, vajinismus grubunun, cinsellikle ilgili belirli davranışları gerçekleştirme konusunda kontrol grubuna göre daha kısıtlı olduğu gözlenmiştir (92). Sjenitzer ise vajinismusun semptom olarak kadının toplumumuzdaki sosyal konumundan ve rollerinden memnuniyetsizliğinden kaynaklandığını belirtmiştir. Bu yazara göre vajinismus, kadını bir şehvet nesnesine ya da anneye indirgeyen ataerkil normlara karşı bir protestodur (93). Masters ve Johnson'ın 11 yılda 29 vajinismus vakasının takibini yaptıkları çalışmalarında sendromun en sık olarak aşırı dini ortodoksinin (12 vaka) psikoseksüel olarak engelleyici etkisiyle ilişkili olarak tanımlandığı ve genellikle travmatize edici balayı deneyimleriyle semptomun şiddetlendiği ortaya konulmuştur (34).

2.1.7. Tanıda Çocukluk Çağı Travmasının Yeri

Çocuklukta cinsel taciz de dahil olmak üzere bir cinsel travma öyküsünün yetişkin yaşamında önemli cinsel güçlüklerin gelişmesine yol açabileceği iyi bilinmektedir (94). Kapsamlı bir literatür, bir kişinin çocuklukta cinsel istismar geçmişi ile daha sonraki cinsel işleyişi ve yakınlığı üzerindeki ciddi, olumsuz sonuçlar arasındaki bağlantıları açıkça göstermiştir (95,96). Vajinismus ile çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü ilişkisi de zamanla dikkatleri üzerine çekmiştir. Fakat bu konuyla ilgili literatürde GPA/PB hastalarında çocukluk çağı travması ile ilgili çelişkili sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur. Bazıları hastaların çoğunda cinsel, fiziksel ve duygusal travmanın varlığını (11,97–99) ve muhtemelen travmaya bağlı güvensiz bağlanmayı (100) belirtirken, diğerleri travma öyküsü ile ilgili olarak normal popülasyondan herhangi bir farklılık gözlenmediğini bildirmektedir (45,101). Çalışmalardan elde edilen çelişkili sonuçlar, araştırmada kullanılan yöntemlerin farklılığına bağlanmaktadır (11). Özen ve arkadaşlarının 2018'de yaptığı bir çalışmada GPA/PB tanıli hastalar ve kontroller arasında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin (ÇÇTÖ)

alt grup ve toplam puanları karşılaştırılmıştır. Ne fiziksel istismar ne de fiziksel ihmal alt boyutu için gruplar arasında anlamlı fark saptanmamış olup, buna karşılık duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt puanlarında anlamlı fark saptanmıştır. Her durumda, hastalar arasındaki ortalama puan, kontroller arasındakinden daha yüksek ve ÇÇTÖ toplam puanı da hastalarda kontrollere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (102).

2.2. BAĞLANMA KURAMI

Bağlanma, çocuk ve ona bakım veren arasında gelişen ilişkide, çocuğun bakım veren kişiyle yakınlık arayışı ile ortaya çıkan, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (103). Bowlby'ye göre bağlanma davranışı içgüdüsel bir eğilim olup, temel hedefi içgüdüsel ihtiyaçların karşılanmasıdır. Bowlby bebeklerin insana yapışma ve temasta bulunmak için içgüdüsel bir eğilimi ve yiyecek ve sıcaklık ihtiyacından bağımsız bir bağlanma ihtiyacı olduğunu öne sürmektedir. Bebeğin bu ihtiyacını karşılayabilmek için bakım veren kişiye yakın kalmasını sağlayan davranışlara “bağlanma davranışı” denir. Çocuktaki bağlanma davranışına karşılık olan ebeveyn davranışı ise “bakıcılık davranışı” olarak adlandırılır (104).

Anne-bebek bağlanma davranışını etkileyen faktörler arasında, anne ve bebeklerin bireysel özellikleri ve birbirleriyle etkileşimlerinin özellikleri bulunmaktadır. Annesiyle başından itibaren daha aktif etkileşimde bulunan bebekler, daha fazla bakım ve ilgi görme eğilimindedir. Diğer yandan annesinin kızgınlığına sebep olabilecek kadar aşırı tepkisel bebekler veya anneyle daha az etkileşime giren bebeklerin daha çok ihmal edildiği gözlenmiştir. Annenin bebekle ilgilenmesini etkileyen etkenler arasında ise kendi kişilik örüntüleri, kendi ailesiyle olan ilişkileri ve kültürel faktörler sayılabilir. Bir çalışmada, bebeklerin ve annelerinin etkileşimi gözlemlendiğinde, annelerin bu etkileşimde daha belirleyici olduğu gösterilmiştir. Anne, bebeğin ihtiyaçlarına hızlı ve uygun cevap verdiğinde, çocuğun gelişimi olumlu yönde etkilenir ve anne-bebek ilişkisi daha mutlu bir hal alır (104).

Bowlby'e göre, erken çocukluk döneminde bağlanma figürü olan anne ve babaların tekrarlayan davranış özellikleri çocuklarda zihinsel şemaların oluşumunu sağlar. Bu şemalar çocukların daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç

ve tutumlarını yönlendiren “içsel çalışma modelleri”ni oluşturur. İçsel çalışma modelleri, kişinin kendisi ve ilişkide olduğu nesnelerle ilgili tanım ve beklentilerinin tamamından oluşur. Çocuğun kendisine ait inanç ve beklentileri ilgi, bakım ve sevgiye değer olup olmamakla ilgiliyken; başkalarına ait olanlar da o kişinin kendisine karşı destekleyici, şefkatli, güvenilir olup olmamalarıyla ilişkili modellerdir. Çocukluk çağında bağlanma figürleriyle oluşan bu içsel çalışma modelleri yaşam boyu kişinin yakın ilişkilerindeki algı ve davranışlarını etkilemektedir (105).

Bowlby tarafından ilk defa ortaya konan bağlanma kuramı, Ainsworth ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ainsworth yabancı durum testi ile laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle bir araya getirilen çocukların tepkilerini gözlemleyerek bağlanma özelliklerini değerlendirmiştir. Bunları güvenli, kaygılı-ikircikli (anxious/ambivalent) ve kaçınan (avoidant) olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır (103).

Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi psikopatolojilerde etyolojik etken olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (106). Sosyal fobi, somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kronik ağrı bozukluğu ve anksiyete bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (107–111). Voestermans ve arkadaşlarının kişilik bozuklukları popülasyonunda yaptıkları, 2020’de yayınlanan çalışmalarında korkulu veya kayıtsız bağlanma stiline sahip hastaların, kaygılı/ambivalan bağlanma şekline sahip hastalardan daha şiddetli travma yaşadıkları, her iki ebeveynle olan bağlanma zorluklarında duygusuz kontrol puanlarındaki yüksekliğin daha sık ve şiddetli travma geçmişiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmada zaman içerisindeki nedensellik belirlenemese de bu bulgular kişilik bozukluklarında travma taramasının gerekli olduğunu vurgulamakta ve bu hastalar için bağlanma odaklı psikoterapinin travma tedavisinde de yeri olduğunu öne sürmüştür (112). Cohen ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise kaygılı bağlanmanın, çocukluk travmasının öz kontrol, kimlik bütünleşmesi ve ilişkisel alanlar üzerindeki etkisinin önemli bir aracısı olduğu gösterilmiştir (113).

Literatürde ebeveyne bağlanma özellikleri ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Özdemir ve arkadaşlarının 2022’de yaptığı GPA/PB bozukluğu tanılı kadınlarda ebeveyne bağlanma zorlukları

ve aleksitimi ilişkisini araştıran çalışmaya göre GPA/PB tanılı kadınlarda sağlıklı kadınlara göre anne aşırı koruma puanları anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuca göre GPA/PB tanılı kadınlar kontrol grubuna göre annelerini daha aşırı korumacı ve müdahaleci olarak anımsamaktadır (19). Bargiota ve arkadaşlarının Tip-1 diabet tanılı kadınlarda cinsel stres düzeyi ve ebeveyne bağlanma özellikleri ilişkisini incelediği çalışmasında anne ilgi puanları ile baba aşırı koruma puanları ve kadın cinsel stres düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (114).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın örneklem grubu, Şubat 2023 - Temmuz 2023 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine ve S.B.Ü. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine sıralı olarak başvuran ve DSM-5'e göre genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden, kontrol grubu ise çalışmanın yapılacağı merkezlerde çalışanlar ve bu çalışanların yakınları arasından, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi değişkenleri açısından örneklem grubuyla eşleştirilmiş şekilde, klinik görüşmede aktif psikiyatrik patolojisi olmadığı saptanmış kişilerden oluşmaktadır.

G Power 3.1.9.7 (Franz Faul, Germany) programı ile yürütülen örneklem hesabı için Özay Özdemir ve arkadaşlarının “Alexithymia and Parental Bonding in Women with Genitopelvic Pain/Penetration Disorder” çalışmasındaki veriler kullanılarak yapılan hesaplamada, etki büyüklüğü $d: 0.550$ olacağı varsayılmıştır. Belirlenen etki büyüklüğü, %80 güç, %5 hata payıyla yapılan hesaplamada her bir grupta en az 42 ve toplamda 84 örnekle çalışılması gerektiği belirlenmiştir. Sonuç olarak çalışmayı kabul eden ve aydınlatılmış onamı imzalayan 42 hasta ve 42 kontrol olmak üzere 84 kişi dahil edilmiştir.

Hasta Grubu için Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. Katılımcının DSM-5 kriterlerine göre GPA/PB tanısı almış olması
2. Katılımcının 18 yaşından büyük olması
3. Katılımcının 6 aydan uzun süredir cinsel açıdan aktif bir ilişkisinin olması
4. Katılımcının okur-yazar olması
5. Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve onam formunu imzalamış olması

Hasta Grubu için Hariç Tutulma Ölçütleri

1. Katılımcının çalışmaya katılmayı engelleyecek düzeyde mental retardasyonu ve/veya bilişsel kusuru olması

2. Katılımcının menopoz döneminde olması
3. Katılımcının jinekolojik değerlendirmesi sonrasında GPA/PB tanısının organik sebepleri arasında sayılan vajinal atrofi ve atrofiye bağlı adezyonlar, vajinal operasyon veya intravajinal radyasyon, uterus prolapsusu, vulvar vestibülit sendromu (VVS), endometriyozis, enfeksiyonlar, vajinal lezyon ve tümörler, cinsel yoldan bulaşan hastalıklar ve pelvis kan basıncı anormallikleri tanısı olması
4. Katılımcının cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek endokrinolojik bir hastalığının olması

Kontrol Grubu için Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. Katılımcının DSM-5 kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk ve/veya cinsel fonksiyon bozukluğu tanılarının olmaması
2. Katılımcının 18 yaşından büyük olması
3. Katılımcının 6 aydan uzun süredir cinsel açıdan aktif bir ilişkisinin olması
4. Katılımcının okur-yazar olması
5. Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve onam formunu imzalamış olması

Kontrol Grubu için Hariç Tutulma Ölçütleri:

1. Katılımcının çalışmaya katılmayı engelleyecek düzeyde mental retardasyonu ve/veya bilişsel kusuru olması
2. Katılımcının menopoz döneminde olması
2. Katılımcının cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek endokrinolojik bir hastalığının olması
4. Katılımcının cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek jinekolojik bir hastalığının olması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanan formda katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin yanı sıra, tedaviye yönlendirilme şekillerini, başvuru motivasyonlarını, eşleriyle olan cinsel yaşamlarını, mastürbasyon ve menstruasyon gibi konulardaki deneyim ve algılarını, çocukluktaki ebeveyn ilişkilerini sorgulayan toplamda 40 soru bulunmaktadır.

3.2.2. Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), Parental Bonding Inventory (PBI) ölçeğinin Türkçe versiyonudur. Parker ve arkadaşları tarafından geliştirilen PBI çocuklukta algılanan ebeveynlik kalitesini ölçmek üzere kullanılmaktadır. Bu ölçekte katılımcılardan hayatlarının ilk 16 yılını göz önünde bulundurarak her ifadenin anne veya babalarının kendilerine yönelik davranışlarını ne derecede yansıttığını 4'lü Likert tipi derecelendirme ile belirtmeleri istenmektedir. Türkçe'ye uyarlanma çalışmasında kontrol boyutundaki faktörler ne tamamen aşırı koruma boyutu altına toplanmış ne de üçüncü bir boyut olarak ayrı değerlendirilmiştir. PBI'nın Türkçe versiyonu olan ABBÖ de 2 boyut olarak yapılandırılmış olmakla birlikte orijinal ölçekte aşırı koruma/kontrol boyutu altında değerlendirilen kontrol faktörleri Türkçe versiyonda ilgi boyutu altında değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanmış halinin yapı geçerliliğini belirlemek için yapılan açıklayıcı (exploratory) faktör analizi sonucunda hem anne hem de baba davranışları için iki boyutlu bir yapı elde edilmiştir. Bu analizde de orijinal versiyonda aşırı koruma/kontrol boyutunda değerlendirilen kontrol faktörlerinin adaptasyon çalışmasında ilgi boyutunda yer aldığı gözlenmiştir. Bu durumun kültürel sebeplerle açıklanabileceği düşünülmüş ve uyarlanan ölçeğin iki boyutu ilgi/kontrol ve aşırı koruma olarak belirlenmiştir. Kontrol ve ilgi faktörlerinin bir arada ele alınmasının nedeni olarak Türk kültüründe çocukların davranışlarını kontrol etmenin pozitif olarak değerlendirildiği vurgulanmıştır. Yazarlar puanlama biçiminde de bir farklılık yapıp her iki boyutta da puan artışını olumlu ebeveyn özellikleri yansıtır hale getirmişlerdir. Bu sebeple ilgi/kontrol boyutunda yer alan yüksek puanlar ebeveynlerin sıcak, anlayışlı ve kabul edici olarak algılandığını ve düşük puanlar da ihmalkar ve reddedici olarak algılandığını yansıtmaktadır. Benzer şekilde aşırı koruma boyutundaki yüksek puanlar ebeveynlerin bağımsızlığa ve

otonomiye izin veren, düşük puanlar ebeveynlerin aşırı kontrolcü ve özerkliğe izin vermeyen şekilde algılandığını yansıtmaktadır. Ölçeğin iki boyutu ayrı iki ölçek olarak değerlendirilmekte ve bu alt ölçeklerden iki ayrı toplam puan hesaplanmaktadır. İlgili/kontrol boyutundaki yüksek puanlar ve aşırı koruma boyutundaki yüksek puanlar olumlu algılanan ebeveyn davranışlarını yansıtmaktadır. Bu iki ölçek bağımsız olarak kullanılabileceği gibi bir arada da değerlendirilebilir. Ölçeğin orijinal geçerlilik ve güvenilirliği Parker ve arkadaşları tarafından 1979 yılında (115), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kapçı ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır (116).

3.2.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’te geliştirilmiş, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçek Likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Ölçeğin orijinal geçerlilik ve güvenilirliği Spielberger tarafından 1983 yılında (117), Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner ve Le Compte tarafından 1985 yılında yapılmıştır (118).

3.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28)

“Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28” (ÇÇTÖ-28) 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirime dayalı bir ölçme aracıdır. Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ne derece tanımladığını beş basamaklı dereceler kullanarak değerlendirmişlerdir. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt boyut puanı ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin orijinal geçerlilik ve güvenilirliği Bernstein ve ark. tarafından 1994’te (119), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Şar ve ark. tarafından 2012’de yapılmıştır (120).

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Katılımcılar hastaneye davet edilerek ve onam formu imzalatılarak klinik görüşme uygulanmış, dahil etme ve dışlama kriterleri değerlendirilmiştir. Bu görüşmede araştırmacı tarafından Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu doldurulmuş ve görüşme sonrasında katılımcılardan Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-28), Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) formlarını doldurmaları istenmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu 10.02.2023 tarihli toplantısında 11. karar sayısıyla gerekli etik kurulu izni alınmıştır.

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Sürekli her bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığı betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemlerle incelendi. İstatistiksel yöntem ile sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normalliğini test etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanıldı. Kategorik değişkenler frekans (n, %) olarak, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, ortanca değer ve interquartile range (%25 ve %75 çeyrekler) olarak sunuldu. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson korelasyon testi ile bakıldı. Gruplar arasındaki nitel karşılaştırmalarda Ki-kare testleri (Pearson ki-kare testi ve Fisher kesin ki-kare testi) kullanıldı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p<0,05$ altında değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Araştırmaya GPA/PB yaşayan 42 kadın ve herhangi bir cinsel işlev sorunu olmayan 42 kadın olmak üzere toplam 84 kadın dahil edildi. GPA/PB tanılı kadınlar “hasta”, sağlıklı bireyler ise “kontrol” grubu olarak tanımlandı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de sunuldu.

Hasta Grubu Özellikleri

GPA/PB olan kadınların yaş ortalaması $31,38 \pm 6,45$ yıl, %88,1’inin şehir veya metropolde yaşadığı, %88,1’inin evli olduğu, %19’unun en az bir gebelik yaşadığı, %16,7’sinin çocuk sahibi olduğu, %7,1’inin düşük/kürtaj öyküsü olduğu, %66,7’sinin üniversite düzeyinde bir eğitim aldığı, %52,4’ünün aktif olarak bir işte çalıştığı, %69’unun eşi veya partneri ile birlikte yaşadığı, ilişki süresinin medyan değerinin 18 (IQR:12-36) ve evlilik süresinin medyan değerinin 20 (IQR:8-57) ay olduğu belirlendi.

Hastaların genel sağlıkla ilişkili özellikleri incelendiğinde; %31’inin fiziksel bir kronik sağlık sorunu (örneğin sistemik lupus eritematosus, romatoid artrit, ürtiker vb.), %21,4’ünün psikiyatrik bir sorunu olduğu, %16,7’sinin ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü olduğu belirlendi.

Kontrol Grubu Özellikleri

Kontrol grubuna alınan sağlıklı kadınların yaş ortalaması $30,24 \pm 5,13$ yıl, %83,3’ünün şehir veya metropolde yaşadığı, %57,1’inin bekar olduğu, %19’unun en az bir gebelik yaşadığı, %16,7’sinin çocuk sahibi olduğu, %4,8’inin düşük/kürtaj öyküsü olduğu, tamamının aktif olarak bir işte çalıştığı, %71,4’ünün üniversite düzeyinde bir eğitim aldığı, %26,2’sinin eşi veya partneri ile birlikte, %33,3’ünün yalnız yaşadığı, ilişki süresinin medyan değerinin 24 (IQR:12-32) ve evlilik süresinin medyan değerinin 24 (IQR:15-51) ay olduğu belirlendi.

Kontrol grubu kadınların genel sağlıkla ilişkili özellikleri incelendiğinde; %19’unun fiziksel bir kronik sağlık sorunu (örneğin Çölyak hastalığı, psöriasis vb.), %21,4’ünün düzenli olarak bir ilaç kullandığı, %19’unun ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü olduğu mevcut bulgulardan belirlendi.

Gruplara Göre Katılımcı Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hasta grubuna kıyasla kontrol grubunda evli olma oranı (%88 ve %43) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü ($\chi^2=19,012$; $p<0,001$).

Hasta grubunda bulunan kadınları %52'si aktif olarak bir işte çalışırken, kontrol grubundaki kadınların tamamının (%100) aktif olarak çalışmaktaydı ($\chi^2=26,250$; $p<0,001$).

Kontrol grubunda bulunan kadınların hasta grubu kadınlarına kıyasla yalnız yaşama oranı fazla (%2 ve %33), eş/partner ile birlikte yaşama oranı (%26 ve %69) ise istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı ($\chi^2=22,919$; $p<0,001$).

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Kategori	Hasta (n=42)	Kontrol (n=42)	Test değeri	P-değeri
		n(%)	n(%)		
Yaş	Ort±Ss	31,38±6,45	30,24±5,13	0,898 ^a	0,372
Büyüdüğü yer	Köy/kasaba	5(11,9)	7(16,7)	0,389 ^b	0,533
	Şehir/metropol	37(88,1)	35(83,3)		
Medeni durum	Evli	37(88,1)	18(42,9)	19,012 ^b	<0,001*
	Bekar	5(11,9)	24(57,1)		
İlişki süresi (ay)	Medyan(IQR)	18(12-36)	24(12-32)	-0,396 ^d	0,692
Evlilik süresi (ay)	Medyan(IQR)	20(8-57)	24(15-51)	-0,449 ^d	0,653
Gebelik geçmişi	Evet	8(19,0)	8(19,0)	0,000 ^b	1,000
	Hayır	34(81,0)	34(81,0)		
Düşük/kürtaj	Evet	3(7,1)	2(4,8)	- ^c	0,999
	Hayır	39(92,9)	40(95,2)		
Çocuk	Evet	7(16,7)	7(16,7)	0,000 ^b	1,000
	Hayır	35(83,3)	35(83,3)		
Eğitim düzeyi	İlköğretim	7(16,7)	5(11,9)	0,402 ^b	0,818
	Lise	7(16,7)	7(16,7)		
	Üniversite	28(66,7)	30(71,4)		
Çalışma durumu	Evet	22(52,4)	42(100,0)	26,250 ^b	<0,001*

	Hayır	20(47,6)	0(0,0)		
Birlikte yaşam	Eş-çocuk	8(19,0)	6(14,3)	22,919^b	<0,001*
	Anne-baba/akraba	4(9,5)	11(26,2)		
	Eş/partner	29(69,0)	11(26,2)		
	Yalnız	1(2,4)	14(33,3)		
Fiziksel kronik	Evet	13(31,0)	8(19,0)	1,587 ^b	0,208
hastalık	Hayır	29(69,0)	34(81,0)		
Psikiyatrik eş tanı	Evet	9(21,4)	0(0,0)	- ^c	0,002*
	Hayır	33(78,6)	42(100,0)		
Düzenli kullanılan	Evet	12(28,6)	9(21,4)	0,571 ^b	0,450
bir ilaç	Hayır	30(71,4)	33(78,6)		
Ailede psikiyatrik	Evet	7(16,7)	8(19,0)	0,081 ^b	0,776
hastalık	Hayır	35(83,3)	34(81,0)		

*p<0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, b: Pearson ki-kare testi; c: Fisher kesin ki-kare testi, d: Mann-Whitney U testi, Ss:Standart sapma, UD: Uygun değil, IQR (%25- %75 çeyreklikler): Interquartile Range

4.2. CİNSEL YAŞAM, AİLE VE OBSTETRİK İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER

GPA/PB Grubu Özellikleri

GPA/PB grubunda bulunan kadınların %83,3'ünün cinsel birleşmeyi gerçekleştirmediği, %50'sinin hiç mastürbasyon yapmadığı, %59,5'inin mastürbasyonu olağan bir durum gördüğü, tamamının heteroseksüel cinsel eğilimi olduğu, %90,5'inin tanışarak/severek evlendiği, %59,5'inin çocuk yapmak istediği, %52,4'ünün ailesinde bekaretin önemsendiği, %64,3'ünün 25 yaşından sonra ilk cinsel birlikteliğini yaşadığı ve %76,2'sinin cinsel birliktelikte herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı saptandı.

Bu grubun aile içi deneyimlerle ilişkili özellikleri incelendiğinde; kadınların %9,5'inin çocuklukta anne/baba/kardeş kaybı yaşadığı, %52,4'ünün çocuklukta anne ve babasının geçimsizliği olduğu, %7,1'inin çocuklukta anne ve babasının ayrıldığı saptandı.

GPA/PB grubunda obstetrik özelliklerin dağılımı incelendiğinde; kadınların %21,4'ünün 12 yaş ve altında adet görmeye başladığı, %73,8'inin ilk adet durumunda korku, panik, heyecan benzeri olumsuz duygular yaşadığı, %81'inin daha önce regl olma hakkında bir bilgiye sahip olduğu, %88,1'inin adetlerinin düzenli olduğu ve %81'inin adet öncesi gerginlik sendromu (PMS) sorunu yaşadığı belirlendi.

Kontrol Grubu Özellikleri

Kontrol grubunda bulunan kadınların hiçbirinin cinsel birleşme sorunu yaşamadığı, %69,1'inin aktif olarak mastürbasyon yaptığı, %85,7'sinin mastürbasyonu olağan bir durum gördüğü, tamamının heteroseksüel cinsel eğilimi olduğu, evli olanların %95,2'sinin tanışarak/severek evlendiği, %35,7'sinin çocuk yapmak istediği, %54,8'inin ailesinde bekaretin önemsenmediği, %83,3'ünün 25 yaşından önce ilk cinsel birlikteliğini yaşadığı ve %57,1'inin cinsel birliktelikte bir korunma yöntemi kullandığı saptandı.

Kontrol grubu kadınların aile içi deneyimlerle ilişkili özellikleri incelendiğinde; kadınların 7,1'inin çocuklukta anne/baba/kardeş kaybı yaşadığı, %28,6'sının çocuklukta anne ve babasının geçimsizliği olduğu, %11,9'unun çocukken anne ve babasının ayrıldığı saptandı.

Kontrol grubunda obstetrik özelliklerin dağılımı incelendiğinde; kadınların %19'unun 12 yaş ve altında adet görmeye başladığı, %64,3'ünün ilk adet durumunda korku, panik, heyecan benzeri olumsuz duygular yaşadığı, %92,9'unun daha önce regl olma hakkında bir bilgiye sahip olduğu, %85,7'sinin adetlerinin düzenli olduğu ve %88,1'inin adet öncesi gerginlik sendromu (PMS) sorunu yaşadığı belirlendi.

Gruplara Göre Katılımcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

GPA/PB grubunda kadınlarının çocuk yapma arzusu istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı (%60 ve %36; $\chi^2=4,773$; $p=0,029$).

Sağlıklı kadınlara kıyasla GPA/PB olan kadınların aktif olarak mastürbasyon yapma (%21 ve %69 $\chi^2=20,746$; $p<0,001$) ve mastürbasyon yapmayı normal bir durum algılama oranı (%60 ve %86; $\chi^2=7,244$; $p=0,007$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü.

GPA/PB olan kadınların ilk cinsel birliktelik yaşama yaşının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($\chi^2=24,651$; $p<0,001$).

Çocukluk döneminde anne baba geçimsizlik yaşama oranının GPA/PB olan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görüldü (%29 ve %52; $\chi^2=4,941$; $p=0,026$).

Kontrol grubu kadınlarında cinsel birliktelikte bir doğum kontrol yöntemi uygulama oranı (%24 ve %57; $\chi^2=9,685$; $p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptandı. Katılımcıların obstetrik, aile ve cinsel yaşam ilişkili özellikleri Tablo 2’de sunuldu.

Tablo 2: Katılımcıların obstetrik, aile ve cinsel yaşam ilişkili özellikleri

Değişkenler	Kategori	Hasta (n=42)	Kontrol (n=42)	Test değeri	P-değeri
		n(%)	n(%)		
Cinsel birleşmeyi gerçekleştirememe	Evet	35(83,3)	0(0,0)	UD	UD
	Hayır	7(16,7)	42(100,0)		
Cinsel yönelim	Heteroseksüel	42(100,0)	42(100,0)	UD	UD
Evlilik/ilişki şekli	Tanışarak/severek	38(90,5)	40(95,2)	- ^b	0,676
	Görücü usulü	4(9,5)	2(4,8)		
Çocuk yapma isteği	Evet	25(59,5)	15(35,7)	4,773 ^a	0,029*
	Hayır	17(40,5)	27(64,3)		
Aile üyelerinin bekaret beklentisi	Evet	22(52,4)	19(45,2)	0,429 ^a	0,513
	Hayır	20(47,6)	23(54,8)		
Mastürbasyon öyküsü	Geçmişte yaptı/şimdi devam	8(19,0)	27(64,3)	20,746 ^b	<0,001*
	Geçmişte yaptı/şimdi yapmıyor	12(28,6)	7(16,7)		
	Geçmişte yok/şimdi yapıyor	1(2,4)	2(4,8)		
	Hiç yapmadı	21(50,0)	6(14,3)		
	Normal bir durum	25(59,5)	36(85,7)	7,244 ^a	0,007*

	Uygun	17(40,5)	6(14,3)		
	değil/çekimser				
İlk cinsel birliktelik	≤18	2(4,8)	8(19,0)	24,651^a	<0,001*
girişimi yaşı	19-20	2(4,8)	13(31,0)		
	21-24	11(26,2)	14(33,3)		
	25-29	17(40,5)	6(14,3)		
	≥30	10(23,8)	1(2,4)		
Çocuklukta	Evet	4(9,5)	3(7,1)	- ^b	0,999
anne/baba/kardeş kaybı	Hayır	38(90,5)	39(92,9)		
Çocuklukta anne-baba	Evet	22(52,4)	12(28,6)	4,941^a	0,026*
geçimsizliği	Hayır	20(47,6)	30(71,4)		
Çocuklukta anne-baba	Evet	3(7,1)	5(11,9)	- ^b	0,713
ayrılığı	Hayır	39(92,9)	37(88,1)		
İlk mens yaşı	≤12 yaş	9(21,4)	8(19,0)	0,074 ^a	0,786
	>12 yaş	33(78,6)	34(81,0)		
İlk mens duygusu	Bir duygu yok	4(9,5)	6(14,3)	0,926 ^a	0,629
	Olumlu duygular	7(16,7)	9(21,4)		
	Olumsuz duygular	31(73,8)	27(64,3)		
İlk mens hakkında bilgi	Evet	34(81,0)	39(92,9)	- ^b	0,194
sahibi olma	Hayır	8(19,0)	3(7,1)		
PMS varlığı	Evet	34(81,0)	37(88,1)	0,819 ^a	0,365
	Hayır	8(19,0)	5(11,9)		
Siklus düzeni	Düzenli	37(88,1)	36(85,7)	1,145 ^b	0,782
	Düzensiz	4(9,5)	3(7,1)		
	Değişken	1(2,4)	3(7,1)		
Bir doğum kontrol yöntemi	Evet	10(23,8)	24(57,1)	9,685^a	0,002*
kullanma	Hayır	32(76,2)	18(42,9)		

*:p<0,05; a: Pearson ki-kare testi; b: Fisher kesin ki-kare testi

4.3. GPA/PB OLAN KADINLARDA BAŞVURU ÖZELLİKLERİ

GPA/PB grubunun %83,3'ünün vajinismus, %16,7'sinin dispareni sorunu olduğu belirlenirken; hastaların medyan değer olarak 22 (IQR:9-60) aydır bu sorunu yaşadığı belirlendi. Bu kadınların %42,9'unun sağlık kuruluşuna eşi veya partneri ile

başvurduğu, %45,2'sini başta sağlık kuruluşuna yalnız başvurduğu fakat takiplerine eşi veya partneri ile devam ettiği, %71,4'ünün kendi isteği ile profesyonel bir sağlık desteği talep ettiği, %69'unun mevcut sorununu eşi/partneri dışında bir kişiyle paylaştığı belirlendi. GPA/PB tanılı kadınların %73,8'inin daha önce jinekolojik, %35,7'sinin ise psikiyatrik bir tedavi veya danışmanlık aldığı mevcut bulgulardan belirlendi. GPA/PB olan kadınların başvuru özellikleri Tablo 3'te sunuldu.

Tablo 3: GPA/PB olan katılımcıların başvuru özellikleri

Değişkenler	Kategori	Hasta
		n(%)
Başvuru şekli	Yalnız	4(9,5)
	Eş/partner ile	18(42,9)
	Yalnız başvurdu/eş ile devam	19(45,2)
	Diğer	1(2,4)
Başvuru motivasyonu	Kendi isteği ile	30(71,4)
	Aile isteği	1(2,4)
	Partner ile alınan karar	8(19,0)
	Çocuk sahibi olmak	3(7,1)
Başvuru yakınması	Kaygı	31(73,8)
	Kasılma	12(28,6)
	Ağrı	9(21,4)
Şikayet süresi (ay)	Medyan(IQR)	22(9-60)
Önceki tedavi girişimleri	Jinekolojik tedavi/danışmanlık	31(73,8)
	Psikiyatrik tedavi/ danışmanlık	15(35,7)
Sorunun başkasıyla paylaşılması	Evet	29(69,0)
	Hayır	13(31,0)

4.4. ANNE-BABA BAĞLANMA, DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEK SONUÇLARI

GPA/PB olan kadınların sağlıklı kadınlara göre anne aşırı koruma ($t=2,834$; $p=0,006$), anneye ($t=2,274$; $p=0,026$) ve babaya ($t=2,217$; $p=0,029$) bağlanma total skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. GPA/PB

ve kontrol grupları arasında anne ilgi/kontrol alt boyutunda, baba formunda ise hem ilgi/kontrol hem aşırı koruma boyutlarında anlamlı fark saptanmadı.

GPA/PB olan kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre durumluk ($t=2,631$; $p=0,010$) ve sürekli ($t=3,997$; $p<0,001$) kaygı skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

GPA/PB olan kadınların sağlıklı kadınlara göre ÇÇTÖ total skorlarının ($Z=-2,815$; $p=0,005$), duygusal ihmal ($Z=-2,173$; $p=0,030$), cinsel istismar ($Z=-2,026$; $p=0,043$) ve fiziksel ihmal ($-2,792$; $p=0,005$) skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların anne-baba bağlanma, durumluk-sürekli kaygı ve çocukluk çağı ruhsal travma ölçek puan ortalamaları Tablo 4'te sunuldu.

Tablo 4: Katılımcıların anne-baba bağlanma, durumluk-sürekli kaygı ve çocukluk çağı ruhsal travma ölçek puan ortalamaları

Ölçümler	Hasta	Kontrol	Test değeri	P-değeri
	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
ABBÖ				
Anne ilgi/kontrol	37,60±11,21	41,02±10,00	1,479 ^a	0,143
Anne aşırı koruma	11,83±4,21	14,31±3,79	2,834^a	0,006*
Anneye bağlanma	49,43±12,28	55,33±11,51	2,274^a	0,026*
Baba ilgi/kontrol	35,05±12,15	39,36±11,26	1,686 ^a	0,096
Baba aşırı koruma	13,83±4,30	15,36±4,03	1,676 ^a	0,098
Babaya bağlanma	48,88±11,22	54,71±12,85	2,217^a	0,029*
STAI				
Durumluk kaygı (STAI-I)	39,71±10,13	34,48±7,99	2,631^a	0,010*
Sürekli kaygı (STAI-II)	47,74±9,74	39,81±8,39	3,997^a	<0,001*
ÇÇTÖ				
Duygusal ihmal	11,10±4,59	9,07±3,94	-2,173^b	0,030*
Duygusal istismar	8,10±3,85	6,83±3,00	-1,725 ^b	0,085
Cinsel istismar	6,90±3,94	5,60±1,53	-2,026^b	0,043*
Fiziksel ihmal	7,21±2,90	5,88±1,69	-2,792^b	0,005*
Fiziksel istismar	5,64±1,64	5,29±1,04	-0,728 ^b	0,467
ÇÇTÖ Toplam	38,95±13,49	32,69±8,53	-2,815^b	0,005*

*: $p<0,05$; a:Bağımsız örneklem t testi, b: Mann-Whitney U testi, Ss:Standart sapma

4.5. ANNE-BABA BAĞLANMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

GPA/PB tanılı kadınların anneye bağlanma düzeyi ve çocukluk çağı ruhsal travma yaşama düzeyi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı orta derecede negatif ($r=-0,495$; $p<0,001$) yönlü bir ilişki varlığı olduğu saptandı.

Anne ABBÖ alt ölçekleri ve ÇÇTÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ÇÇTÖ tüm alt ölçek puanları ile anne ilgi/kontrol skorları arasında (duygusal ihmal: $r=-0,334$; $p=0,031$; duygusal istismar: $r=-0,422$; $p=0,005$; cinsel istismar: $r=-0,445$; $p=0,003$; fiziksel ihmal: $r=-0,470$; $p=0,002$; fiziksel istismar: $r=-0,330$; $p=0,033$) negatif yönlü ilişki varlığı saptandı.

GPA/PB tanılı kadınların babaya bağlanma düzeyi ile çocukluk çağı ruhsal travma yaşama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu saptandı ($r=-0,554$; $p<0,001$).

Baba ABBÖ alt ölçekleri ve ÇÇTÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ÇÇTÖ tüm alt ölçek puanları ile baba ilgi/kontrol skorları arasında (duygusal ihmal: $r=-0,577$; $p<0,001$; duygusal istismar: $r=-0,348$; $p=0,024$; cinsel istismar: $r=-0,360$; $p=0,019$; fiziksel ihmal: $r=-0,495$; $p=0,001$; fiziksel istismar: $r=-0,405$; $p=0,008$) negatif yönlü ilişki varlığı saptanmıştır.

Ölçeklerin toplam ve bütün alt boyutları arasındaki ilişki düzeyi detaylı olarak Tablo 5'te sunuldu.

Tablo 5: GPA/PB grubunda anne-baba bağlanma zorlukları ile çocukluk çağı travma skorları arasındaki ilişki düzeyi

Değişkenler	Anlamlılık	Anne ilgi/kontrol	Anne aşırı koruma	Anneye bağlanma	Baba ilgi/kontrol	Baba aşırı koruma	Babaya bağlanma
Duygusal ihmal	r	-0,334	-0,012	-0,309	-0,577	0,137	-0,572
	P-değeri	0,031*	0,941	0,047*	<0,001**	0,388	<0,001**
Duygusal istismar	r	-0,422	-0,223	-0,462	-0,348	0,064	-0,352
	P-değeri	0,005*	0,155	0,002**	0,024*	0,686	0,022*
Cinsel istismar	r	-0,445	-0,066	-0,428	-0,360	0,080	-0,359
	P-değeri	0,003**	0,679	0,005**	0,019*	0,616	0,019*
Fiziksel ihmal	r	-0,470	0,037	-0,416	-0,495	0,161	-0,474
	P-değeri	0,002**	0,816	0,006**	0,001**	0,307	0,001**
Fiziksel istismar	r	-0,330	-0,183	-0,364	-0,405	0,033	-0,427
	P-değeri	0,033*	0,247	0,018*	0,008**	0,836	0,005**
ÇÇTÖ Toplam	r	-0,505	-0,101	-0,495	-0,556	0,127	-0,554
	P-değeri	0,001**	0,524	0,001**	<0,001**	0,424	<0,001**

*:p<0,05; **:p<0,01, Pearson korelasyon testi, UD: Uygun değil

4.6. ANNE-BABA BAĞLANMA VE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

GPA/PB tanılı kadınların durumluk kaygı skoru ile anneye bağlanma skoru arasında hafif düzeyde negatif yönlü ($r=-0,471$; $p=0,002$), anne ilgi/kontrol skoru ile arasında hafif düzeyde negatif yönlü ($r=-0,387$; $p=0,011$) ve anne aşırı koruma skoru ile arasında hafif düzeyde negatif yönlü ($r=-0,344$; $p=0,026$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki varlığı olduğu saptandı.

GPA/PB tanılı kadınların sürekli kaygı düzeyi ile anneye bağlanma skoru arasında hafif düzeyde negatif yönlü ($r=-0,405$; $p=0,008$) ve anne aşırı koruma skoru ile arasında hafif düzeyde negatif yönlü ($r=-0,474$; $p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı olduğu saptandı.

Anne ABBÖ alt ölçeklerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile ilişkisi değerlendirildiğinde durumluk kaygı skoru ile anne ilgi/kontrol ($r=-0,387$; $p=0,011$)

ve aşırı koruma ($r=-0,344$; $p=0,026$) skorları arasında hafif düzeyde negatif yönlü ilişki saptanmıştır.

Babaya bağlanma toplam puanı veya alt ölçek puanları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Ölçeklerin toplam ve bütün alt boyutları arasındaki ilişki düzeyi detaylı olarak Tablo 6’da sunuldu.

Tablo 6: GPA/PB grubunda anne-baba bağlanma zorlukları ile kaygı (STAI-I ve STAI-II) skorları arasındaki ilişki düzeyi

Değişkenler	Anlamlılık	STAI-I	STAI-II
Anne ilgi/kontrol	r	-0,387	-0,266
	P-değeri	0,011*	0,089
Anne aşırı koruma	r	-0,344	-0,474
	P-değeri	0,026*	0,002**
Anneye bağlanma	r	-0,471	-0,405
	P-değeri	0,002**	0,008**
Baba ilgi/kontrol	r	-0,227	-0,143
	P-değeri	0,148	0,366
Baba aşırı koruma	r	-0,133	-0,091
	P-değeri	0,402	0,565
Babaya bağlanma	r	-0,297	-0,190
	P-değeri	0,056	0,228

* $p<0,05$; ** $p<0,01$, Pearson korelasyon testi.

4.7. GPA/PB TANISI İÇİN BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN DEĞERLENDİRMESİ

Örneklem sayısının düşük olması nedeniyle karşılaştırmalı analizde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan sadece üç parametre regresyon modeline dahil edilmiştir. Kurulan modelin %5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Model $\chi^2=10,20$; $p=0,017$). Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin, Negelkerke’ye göre yaklaşık %15,3’ünü açıklamaktadır. Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki

incelendiğinde vajinismus/disparoni varlığı ile ilişkili bağımsız bir değişken varlığı saptanamadı ($p>0,05$).

Tablo 7: GPA/PB ile ilişkili bağımsız değişkenler (*çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları*)

Değişkenler	Tahmin (B)	SH.	Z	P-değeri	OR	%95 GA
Intercept	3,474	1,280	2,713	0,007	32.283	(2,624-397,19)
Anne aşırı koruma	-0,122	0,067	1,821	0,069	0.885	(0,775-1,01)
Anneye bağlanma	-0,001	0,024	0,426	0,670	0.990	(0,943-1,04)
Babaya bağlanma	-0,025	0,021	1,159	0,246	0.975	(0,934-1,02)
Lojistik regresyon model özeti		Method=	Tam model (Enter)			
		Model=	$\chi^2=10,20$; sd=3; p=0,017			
		Nagelkerke R ² =	R ² _N =0,153			
		Bağımlı değişken=	Vajinismus/disparoni (1=evet, 0=hayır)			

* $p<0,05$; OR: Odds ratio, GA:Güven aralığı, SH: Standart hata.

5. TARTIŞMA

5.1. SOSYODEMOGRAFIK VERİLER

Hasta ve eşleştirilmiş kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık yoktur. GPA/PB tanılı grubun yaş ortalaması $31,38 \pm 6,45$, %88,1'inin büyüdüğü yer şehir ve %66,7'sinin üniversite düzeyinde eğitimi olduğu bulundu. Çalışmamızdaki bu bulgular Türkiye'de GPA/PB tanılı popülasyonla yapılan diğer çalışmalarla uyumludur (14,19,102). GPA/PB grubuyla kontrol grubu medeni durumları açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun evli olma oranı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bunun sebebinin evlilik öncesi cinselliğin Türk kültüründe halen tabu olması, evlilik öncesi cinsel birleşmenin yasaklı olarak algılanması ve bu sebeple vajinismus tanılı kadınların şikayetleriyle ilgili farkındalıklarının evlilikle başlaması olabileceği düşünülmüştür. Kültür ve toplumsal beklentilerin, evlilik içinde cinsellik algısını şekillendirmesindeki rolü, Yılmaz'ın 2010'da yaptığı çalışmada açıkça görülmektedir. Bu çalışmada, 15 peritoneal diyaliz uygulanan bekar hastadan 13'ü evlilik öncesi cinselliği onaylamadıklarını ve olmaması gerektiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir (121). Ayrıca cinselliğin evlilik içerisinde kadının yerine getirmesi gereken bir görev olduğu algısı da kadınlarda evlilik sonrası yetersizlik hissini getirerek tedaviye başvurmalarına sebep olabilir.

GPA/PB grubu ile kontrol grubu gebelik geçmişi, kürtaj öyküsü ve çocuk sahibi olup olmamaları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonucun, hasta grubunda sadece dispareni grubunun cinsel birleşme sağlayabilmesi, vajinismus grubunda cinsel birleşmenin olmaması nedeniyle gebelik ihtimalinin belirgin olarak azalmasına karşın kontrol grubunda hasta grubuna kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek oranda doğum kontrol yöntemi kullanımı olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

GPA/PB grubunda kontrol grubuna göre ev kadını olma oranı daha fazla; herhangi bir işte çalışıyor olma oranı daha az ve bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu farklılık yaş ve eğitim durumu olarak eşleştirilmesi planlanan kontrol grubunun hastane çalışanlarından oluşturulmuş olmasından kaynaklanmaktadır.

GPA/PB grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında GPA/PB grubunun eş/partnerleriyle yaşama oranları kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha yüksek

saptanmıştır. Bunun sebebi benzer şekilde hasta grubunun evli olma oranının da kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanması gösterilebilir. Kontrol grubunun evlilik oranı daha düşük olmakla birlikte düzenli romantik ilişkisi olan kişilerin partnerleriyle birlikte yaşamama tercihi üzerinde de kültürel normların etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

GPA/PB grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında kronik fiziksel hastalık, düzenli ilaç kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. GPA/PB ve kontrol grupları arasında psikiyatrik hastalık oranı anlamlı farklı görünmekle birlikte kontrol grubu açısından katılımcının DSM-5 kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk ve/veya cinsel fonksiyon bozukluğu tanımlarını karşılaması hariç tutma ölçütü olarak alındığı için bu farklılık anlamlı değildir.

5.2. CİNSEL YAŞAM, AİLE VE OBSTETRİK İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER

Evlilik/ilişki süreleri ve eşleri/partnerleriyle tanışma şekilleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grupları karşılaştırıldığında GPA/PB grubunun çocuk sahibi olma isteği kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Buna karşılık hasta grubundan sadece %7,1'i tedavi motivasyonu olarak çocuk sahibi olmak istemelerini belirtmiştir. Silverstein'e göre vajinismus tanılı kadınlar ve partnerleri çift olarak cinsellikle ilgili daha çekingen tutumdadırlar. Bu çalışmada vajinismus partnerlerinin pasif, bağımlı, korumacı, cinselliğin edepsizce olduğunu, evliliğin, eşlerin daha saf ve masum olduğunu düşünmeye eğilimli kişiler olduklarını ve bu sebeplerden de bu çiftlerin cinsel yaşam doyumlarını arttırmaktansa sadece çocuk sahibi olma gibi bir motivasyonla tedaviye başvurduklarını belirtmiştir (9,10). Silverstein'in bu çalışması 1989'da yapılmış olup, GPA/PB tanılı kadınların tedavi motivasyonlarıyla ilgili yakın zamanda yapılan çalışmalarda bu kişilerin çocuk sahibi olma istekleri dışında farklı tedaviye başvuru sebepleri de ortaya konulmuştur. Pithavadian ve arkadaşlarının 2023'te düzenledikleri 22 çalışmanın ele alındığı gözden geçirmede GPA/PB tanılı kadınları tedaviye başvuru motivasyonları olarak çocuk sahibi olma istekleri yanı sıra uzun süreli ilişki sahibi olamama veya partnerini kaybetme korkusu, penis-vajina birleşimini sağlama isteği sıralanmıştır.

Çalışmamızda da GPA/PB tanılı kadınların tedavi motivasyonunun daha düşük oranda çocuk isteği olması, bu kadınların kendi istekleriyle literatürde geçen diğer motivasyonel faktörlerle uyumlu olarak merkezimize başvuru sağladıkları yönünde değerlendirildi.(10,122)

Hasta ve kontrol grupları arasında ailelerinin bekaret beklentileri arasında anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte hasta grubundakilerin %52,4'ü, kontrol grubundakilerin ise %45,2'si ailelerinin bekaret beklentisi olduğunu doğrulamıştır. Bunun yanı sıra GPA/PB tanılı kadınların mastürbasyonla ilgili kendi düşünce ve tutumları kontrol grubundan anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Hasta grubunun aktif olarak mastürbasyon yapma ve mastürbasyonu doğal bir durum olarak algılama oranı kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşüktür. Hasta grubunun ilk cinsel birliktelik girişiminde bulunduğu yaş ise kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir. İlk menstruasyonda hissettikleri duygular açısından da iki grup karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır, fakat hasta grubunun %73,8'i, kontrol grubunansa %64,3'ü ilk menstruasyonları ile ilgili utanç, korku, tikslenme gibi olumsuz duygular belirtmişlerdir. Yasan ve Akdeniz'in Türk popülasyonunda yapılan çalışmasına göre evlilik öncesi mastürbasyon ve cinsel birleşme, erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek sıklıkta görülmüştür, bunun neden olarak da Türkiye'de cinsiyet rollerinin katılığı ve dezavantajları dile getirilmiştir (90). İslam inancının çoğunlukta olduğu toplumların önemli bir kısmında sosyal ve cinsel yaşamda erkek egemen özellikler görülmektedir (123). Öztürk çalışmasında, Türk kültüründe erkek genital organlarının ve cinselliğinin, kadın cinsel organlarında daha sık ve açıkça etiketlendiği üzerinde durmuştur. Erkek genital organlarının daha sıklıkla göz önünde ve dilde yer etmesiyle erkek çocuklarda genital organlar ve kendilik entegrasyonunun da kız çocuklarına göre daha erken sağlandığı düşünülmektedir. Örneğin sünnet Müslümanların çoğunlukta olduğu kültürlerde zorunlu bir uygulama olup erkeklik dönemine geçiş olarak kabul edilmektedir. Bu uygulama toplu alanlarda, aile üyeleri ve onların yakınları eşliğinde törenlerle kutlanarak yerine getirilmektedir (89). Öte yandan kadın cinsel organları ve cinselliği evliliğe kadar tabu olarak kabul edilir ve dile getirilmez. Evlilik öncesi kadınlar için bekaret en önemli değerlerdendir. Günümüzde halen bazı yörelerde gelin, düğün gecesinde bekaretini kocasına ve ailesine doğrulamak zorundadır (10). Evlilikle ilişkilendirilen kadın cinselliğinde

kadının “bekaretini verdiği”, “bekaretini kaybettiği” söylenirken cinsellik, kadının kendiliğini eksilten bir durum olarak atfedilirken, sünnet gibi erkek cinselliğiyle ilişkilendirilen kültürel uygulamalarda “erkekliğe geçiş” şeklinde erkek çocuğunun kendiliğini destekleyen, ona “kazandıran” ifadeler dilde yer bulur. Bu kadar saklı ve tabu olan kadın cinsel organlarının kız çocuğunun benliğiyle entegrasyonunun sağlanmasındaki zorlanmalar ve kadın cinselliğin kognitif ve davranışsal yansımalarının katı kısıtlamalara uğraması muhafazakar toplumlarda beklenen bir durum halini almaktadır. Bu açılardan bakıldığında gruplar arasındaki, ailenin bekaret beklentisi ve mastürbasyonla ilgili tutum konusundaki farklı sonuçların GPA/PB tanımlı hastaların, cinsellikle ilgili maruz kaldıkları ailesel ve toplumsal tutumla da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Geleneksel ailelerde yetişmiş olan kadınların cinsel sorunlar veya vajinismus yaşamaları bir kural almasa da bu durumun Türkiye’de Batı ülkelerine kıyasla vajinismusun daha sık görülmesinde rol oynayabileceği göz ardı edilmemelidir (10).

GPA/PB grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında çocuklukta anne/baba/kardeş kaybı ve anne-baba ayrılığı oranlarında anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte, anne – baba geçimsizliği hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ebeveynler arası ilişkinin, çocuğun mental sağlığından cinsel sağlığına kadar çeşitli yönleri üzerinde uzun vadeli etkileri olabilir. Mullen ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveynler arasındaki şiddetli ve kavgacı ilişki potansiyel bir istismar risk faktörü olarak ele alınmaktadır ve yaptıkları çok değişkenli analiz sonucunda çocuk gelişiminde duygusal istismar ölçütleriyle benzer bir etki gösterdiği ortaya konulmuştur (124). Öte yandan ebeveynler arasındaki çatışmalı ilişki, çocuğa bakım veren, onun güvenliğini ve ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğuna sahip anne ve babanın çocuk için fiziksel ve emosyonel olarak hazır ve mevcut olma hallerine de engel olacaktır. Böyle bir ortamda da çocuğun anne ve babasıyla kurduğu ilişkide ve bağlanmada zorlanma, ayrıca ihmal ve/veya istismara uğrama ihtimali artacaktır (125). Bu kriterlerin GPA/PB tanısıyla ilişkisine ise ilerleyen başlıklarda yer verilecektir.

Hasta ve kontrol grupları karşılaştırıldığında ilk menstrüasyon yaşı, ilk menstrüasyon hakkında bilgi sahibi olma oranları, menstrüal siklus düzenleri ve premenstrüel sendrom ilişkili semptom varlığı arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

5.3. ANA BABAYA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ SONUÇLARI

GPA/PB tanılı kadınların sağlıklı kadınlara göre anneye ve babaya bağlanma puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. Yani GPA/PB tanılı kadınlar sağlıklı kadınlara kıyasla ebeveynlerine bağlanmakta daha çok zorluk yaşamaktadır. Anne ile bağlanma özelliklerinin değerlendirildiği alt ölçeklerde hasta grubunda aşırı kontrol alanındaki puanlar kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Bu açıdan bakıldığında hasta grubu annelerini daha aşırı korumacı ve özerkliklerine izin vermeyen olarak algılamakta ve deneyimlemektedir. Babaya bağlanma ile ilgili alt ölçeklerde ise anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatürde GPA/PB tanılı kadınların ebeveyn özellikleri ve ebeveyn-çocuk ilişkileri üzerine çalışmalar bulunmaktadır. Silverstein'in 1989'da yaptığı çalışmada vajinismus tanılı kadınların babaları, çocukken bu kadınlara karşı son derece eleştirel, baskın ve ahlaki kurallara katıca bağlı ve tehditkar olma eğiliminde olarak bulunmuştur. Tehdit figürü olarak algılanan aynı babaların bir yandan da kızlarıyla ilişkilerinde onlara sıklıkla özel çocuk gibi davrandıkları, kızlarına ayartıcı tavırları olduğu ve kızlarını bir yandan aşırı korurken bir yandan da kişisel sınır ihlalinde bulundukları da bildirilmiştir (9). O'Sullivan tarafından 1979'da yapılan çalışmada ise vajinismus tanılı kadınların %70'i babalarını, erken yaşları boyunca korku oluşturabilen tehditkar bir figür olarak hatırladığı gösterilmiş. Hatta aynı çalışmada bu babaların %21'inin alkol kullanım bozukluğu olduğu ve birçok durumda eşlerine ve çocuklarına fiziksel şiddet uyguladığı gözlenmiştir (7). Çalışmamızda babaya bağlanma puanlarının kontrol grubuna kıyasla daha düşük çıkması da bu bilgileri doğrular nitelikte olup, bu kadınların babalarına bağlanma zorlukları yaşadıklarını göstermektedir. Bu bilgilerin ışığında psikanalitik kuramları da destekleyen niteliklerle vajinismus semptom olarak kadının kendi ego bütünlüğünü dağılmaya karşı tehditkar bir baba figüründen koruma amacıyla ortaya çıktığı düşünülebilir.

Vajinismus ortaya çıkışında sıklıkla bu kadınların baba figürü ile ilişkileri üzerinde durulmuş olsa da anne ilişkileri ve bu alandaki zorluklar ile ilgili de yayınlar bulunmaktadır. GPA/PB tanılı kadınlarda ebeveyn bağlanma şekilleri ve aleksitimi ilişkisini değerlendiren bir çalışma daha önce Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada da GPA/PB tanılı kadınların çocuklukları boyunca anneleri tarafından aşırı kontrol edilen ve müdahaleci ebeveynlik tutumlarına maruz kaldıkları

gösterilmiştir (19). Hiller'in 1996'daki çalışmasında da vajinismus tanılı kadınların anneleriyle olan ilişkisi nesne ilişkileri kuramı açısından ele alınmıştır. Buna göre Klein ve sonrasında gelen psikanalitik yazarlar kız çocuklarının kişilik gelişiminde ve cinsel uyumunda annenin önemi hakkında görüş birliği sağlamışlardır. Buna göre kız çocuğunun olgunlaşma sürecindeki görevi, genital organlarını psikik yapısına entegre etmek ve annesiyle hem özdeşleşmek hem de yeterince ayrılmak, böylece kendi güvenli cinsel kimliğini elde etmektir. Kız çocuğuna karşı aşırı müdahaleci ve net sınırları olmayan bir anne yaklaşımı hem temel özdeşleşme hem de bebeksi bağımlılığın devam etmesine neden olur. Bu özelliklerde bir anneye destek ve özdeşleşme için yönelen kız çocuğu, kadın genital anatomisine özgü kaygıları anlamak ve bütünleştirmek konusunda yardımcı olamayan, kafa karıştırıcı mesajlar alacaktır. Bu girici, sınır koymayan, sınırı tanımayan annelerin kız çocuklarının ödipal çatışmasının sonucunda anne – kız arasındaki yakın ilişkide baba (fallik obje) daha uzak ve “öteki” olarak konumlanır ve bu ilişki dinamiği ödipal üçgenin çökmesine sebep olup, vajinismusta fiziksel anlamda dışa vurulan şekilde fallik objeye yer bırakmayacaktır (126). Çalışmamızdaki anneye bağlanma ilişkili hem toplam puanın hem de aşırı koruma alt ölçeğindeki puanın kontrol grubuna göre daha düşük çıkması, annenin aşırı korumacı ve bağımsızlığa yer vermeyişini göstererek, literatürdeki çalışmaları ve nesne ilişkileri perspektifinden açıklamaları destekler niteliktedir.

Ebeveyne bağlanma zorlukları ile cinsel işlev problemleriyle ilgili 2013 yılında yapılan bir çalışmada Bargiota ve arkadaşları Tip-1 diabet tanılı kadınlarda cinsel stres düzeyi ve ebeveyne bağlanma özellikleri ilişkisini inceleyerek, anne ilgi puanları ile baba aşırı koruma puanları ve kadın cinsel stres düzeyi arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğunu saptanmışlardır. Aynı çalışmanın sağlıklı kontrolleri değerlendirildiğinde annenin ebeveynlik tutumlarının, her iki cinsiyette de cinsel işlevsellik üzerinde babaninkine göre daha büyük bir belirleyici gibi olduğu görülmektedir. Hem kız hem de erkek çocuklarının anneleriyle cinsellik hakkında daha sık konuştukları ve bu sebeple annenin cinsel inanç ve uygulamaları onaylaması veya onaylamamasının daha sonraki cinsel yaşam üzerindeki etkilerinin daha belirgin olacağı belirtilmiştir (114).

Literatürde GPA/PB tanısını cinsel işlev bozuklukları başlığı altında olmasına itiraz ederek vajinismus ve disparoni tanı başlıklarının taksonomik olarak cinsel ağrı

bozuklukları olarak ele alınması gerektiğini bu açıdan diğer psikosomatik bozukluklar ve kronik ağrı bozukluklarının oluşum mekanizmalarıyla daha çok örtüştüğünü belirten çalışmalar vardır (37,47,48). Bu açıdan bakıldığında kronik ağrı bozuklukları ile ebeveyne bağlanma zorluklarını inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Romeo ve arkadaşlarının fibromiyalji popülasyonu ile yaptığı çalışmada fibromiyalji tanılı kişilerin sağlıklı kontrollere göre annelerini ve babalarını ilgi boyutu açısından daha soğuk ve reddedici; aşırı koruma boyutu açısından ise aşırı korumacı ve müdahaleci algıladıkları gösterilmiştir (127). Japonya’da genel popülasyonda yapılan bir çalışmada, çocuklukta ebeveynlik tutumları açısından ilgi boyutunda babalarını daha soğuk, reddedici; aşırı koruma boyutunda hem annelerini hem babalarını daha müdahaleci anımsayan kişilerin erişkinlik dönemlerinde kronik ağrı açısından daha yüksek risk altında olduklarını göstermiştir (128). Bu literatürler ışığında psikosomatik kronik ağrılarda da etiyolojik etmen olarak ebeveyne bağlanma zorluklarının önemli yeri olduğu ve bu açıdan değerlendirildiğinde de çalışmamızda GPA/PB tanılı kadınlarda ebeveyne bağlanma zorluklarının görülmesi mevcut literatürle örtüşmektedir.

5.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ SONUÇLARI VE EBEVEYNE BAĞLANMA ZORLUKLARI İLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda GPA/PB grubunda çocukluk çağı genel ruhsal travma, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal alt ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. GPA/PB grubuyla kontrol grubu arasında duygusal ve fiziksel istismar açısından farklılık saptanmamıştır.

GPA/PB hastalarında çocukluk çağı travması ile ilgili çalışmalardan birbirinden farklı sonuçlar ortaya koyulmuştur. Reissing ve arkadaşlarının çalışmasında vajinismus grubunda kontrol grubuna kıyasla iki kat daha fazla çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü bulunurken, fiziksel istismar öyküsü açısından kontrol grubuyla anlamlı fark bulunmamıştır (11). Çalışmamızda da bu bulguları doğrulayan şekilde cinsel istismar skoru GPA/PB grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuş olup, fiziksel istismar skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Fakat çocukluk çağı travmasını değerlendirmek için çalışmamızdan farklı bir ölçek kullanmaları sebebiyle duygusal ve fiziksel ihmal açısından bir değerlendirme

yapılmamıştır. Alami ve Kadri'nin Fas popülasyonunda yürüttükleri bir çalışmada da çocukluk çağında penetrasyonun olduğu cinsel istismar vajinismus ile pozitif yönde korele bulunmuştur, fakat cinsel istismar harici diğer travma alt grupları araştırılmamıştır (129). Özen ve arkadaşlarının 2018'de yaptığı bir çalışmada GPA/PB tanılı hastalar ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında hasta grubunda hem çocukluk çağı toplam puanı hem de duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (102). Literatürde bu bulgularla uyumlu olarak vajinismus tanılı kadınların büyük çoğunluğunda travma geçmişi olduğunu gösteren geçmiş çalışmalar mevcuttur (11,97,99,130). Fakat aynı zamanda vajinismus grubuyla sağlıklı kontrol grupları arasında çocukluk çağı travmaları açısından anlamlı farklılık gözlemlenmediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (45,101). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçların bu denli değişiklik göstermesi, araştırmalarda kullanılan yöntemlerin farklılığına bağlanmaktadır (11). Bu yöntemlerde GPA/PB'nin etiyolojisini doğrudan araştırmaya odaklanan ve yapılandırılmış ölçekler kullanan az sayıda çalışma vardır (11,13,131,132). Literatürdeki en eski kayıtlardan birinde Malleson vajinismus tanılı kadınların büyük çoğunluğunda çocukluk çağında tıbbi tedavilerle ilişkili travmatik bir olay olduğu ve bu travmatik olayın bazı kadınlarda vajinismus gelişimine yatkınlık oluşturduğunu belirtmektedir (97). Vajinismus, dispareni/VVS ve cinsel birleşmeyle ilgili sorun belirtmeyen 3 grubun yapılandırılmış ölçeklerle yapılan karşılaştırmasında, vajinismus grubunun diğer iki gruba kıyasla daha sık çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olduğu ve kendi cinsiyetiyle ilgili daha az pozitif tutum gösterdiği belirtilmiştir (11).

Çocukluk travmaları ve erişkin cinsel işlevleri üzerindeki etkileri ile ilişkili sıklıkla cinsel istismar alt boyutu çalışılmış olmakla birlikte, çocukluk çağı fiziksel ve duygusal ihmal boyutlarını ele alan çalışmalar sınırlıdır (133,134). Arata ve arkadaşlarının 384 öğrenciden oluşan bir örneklem üzerinde yürüttükleri çalışmada, çocukluk çağında fiziksel ve psikolojik ihmal deneyimi yaşayan katılımcılar, ihmal deneyimi yaşamamış veya istismar gibi travmanın diğer boyutlarını deneyimlemiş olanlara kıyasla anlamlı ölçüde daha az sayıda cinsel partner bildirmişlerdir (135). Wilson ve Widom'ın 908 kişi ile yaptıkları 30 yıllık ileriye dönük çalışmasında çocuklukta fiziksel ihmal yaşayan kişilerin, çocuklukta ihmal öyküsü olmayan kontrol grubuna ve çocuklukta ihmal harici diğer travmatik deneyimleri (örneğin cinsel

istismar) olan kişilere kıyasla riskli cinsel davranışlarda bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (136,137). Finkelhor ve Browne 1985'te ortaya koydukları travma ile cinsellik ilişkisi üzerine olan modellemelerinde güvenlikten ve duygusal ya da fiziksel ihtiyaçlara yanıt alamamanın, çocukluk çağı ihmal deneyimi yaşayan kişilere kendileri için ilişkisel anlamda neyin iyi ya da kötü olduğu konusunda daha az deneyim kazanmalarına sebep olduğunu ve yetişkinlikte cinsellikle ilişkili kaygılara ve işlevsiz cinsel davranışlara yol açtığını öne sürmektedirler (138). Çalışmamızda da cinsel istismar haricinde aktif bir saldırı eyleminin gerçekleştiği fiziksel ve duygusal istismar açısından GPA/PB ve sağlıklı kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte, çocuklukta bakım veren tarafından sağlanması beklenen güvenlik, yakınlık, korunmanın pasif olarak yokluğu ile ortaya çıkan fiziksel ve duygusal ihmalin ise GPA/PB tanılı grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Bu açıdan da çalışmamız çocukluk çağı travmalarından ihmal boyutlarının da literatürle uyumlu olarak etiyolojik etken olarak sayılabileceğini desteklemektedir.

Ebeveynlere bağlanma zorlukları ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi bakıldığında hem anne ve babaya bağlanma toplam puanları ile hem de anne ve baba formlarında ilgi/kontrol alt ölçeği skorları ile çocukluk çağı travmalarının tüm alt grupları (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal) ve ÇÇTÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar da hipotezimizi destekler niteliktedir. GPA/PB tanılı kadınlarda ebeveyne bağlanma zorluklarıyla çocukluk çağı travmaları arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir. Hem anneye hem de babaya bağlanma zorluğu görülen kız çocuklarının yetiştikleri ortamlarda bakım, korunma gibi temel ihtiyaçları karşılanamayacağından bu çocukların herhangi bir çocukluk çağı travmasına maruz kalma riskinin artmış olduğu söylenebilir. Alt ölçeklerden her iki ebeveyn için de ilgi/kontrol boyutunun ÇÇTÖ tüm alt ölçek ve total skorlarıyla negatif korelasyonu olması da bunu desteklemektedir. Bigras ve arkadaşlarının 2020'de yaptıkları çalışmada çocukluk çağı ihmallерinin hem doğrudan hem de dolaylı olarak cinsel kaygılarla ve kimlik problemleri aracılığıyla dolaylı olarak işlevsiz cinsel davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar, bağlanma figürlerinin ihmalini deneyimledikten yıllar sonra bile, bunun, kimlik bütünlüğünün sağlanamaması yoluyla kişinin cinsel yaşamını erişkinlikte de

etkileyebildiğini göstermektedir (139). Bu kişilerin ebeveynlerinden yeterli bakım ve ilgi görmeyerek, başkaları için önemli olmadıklarını ve daha düşük özdeğere sahip olduklarını içselleştirmiş oldukları ve bunun da sağlam bir benlik duygusunun gelişimini etkiledikleri literatürde belirtilmiştir (140). Ayrıca duygusal veya fiziksel olarak erişilemeyen bir ebeveyn, çocuğun zihinselleştirme yeteneklerinin gelişmesine engel olabilir. Çocuğun benlik duygusunun gelişimi, kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını anlaması, daha sonra olumlu ve sağlıklı bir cinsellik için temel beceriler olarak düşünülebilir. Ebeveynlerin soğuk ve reddedici tutumlarında zihinselleştirme becerilerindeki gelişim kusuru aracılığıyla işlevsiz cinsel davranışlar gelişebilir (139). Çalışmamızda da Çocukluk çağı travmaları ile ebeveyne bağlanma zorlukları arasındaki ilişki, bu bağlamda ele alındığında GPA/PB popülasyonunda bağlanma zorluğu düzeylerindeki anlamlı yüksekliğin bu etmenlerin hastalığın gelişimindeki etiyolojik açıdan önemli bir yerde olduğuna işaret ettiğini düşündürmektedir.

5.5. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ SONUÇLARI VE EBEVEYNE BAĞLANMA ZORLUKLARI İLE İLİŞKİSİ

GPA/PB olan kadınların sağlıklı kadınlara göre hem durumluk hem de sürekli kaygı yaşama düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. GPA/PB tanısının kaygı ile ilişkisi tanı kriterlerinde de önemli yer taşımakla birlikte literatürde birçok çalışmada da bu kadınlardaki artmış kaygı düzeyleri gösterilmiştir (146–149). GPA/PB tanılı kadınlarda bu tanının gelişiminin ve şikayetlerin sürdürülmesinde vajinal penetrasyonu ve diğer cinsel uyarınları tehlike olarak algılayarak, bu korkuyu ortadan kaldırma amaçlı kaçınma davranışlarının geliştirilmesi olduğu çalışmalarda belirtilmektedir (50,84,85). Bu bilgiler de bu tanı grubunda durumluk kaygı düzeylerinin yüksek saptanmasını açıklayıcıdır. Durumluk kaygı, subjektif endişe duyguları ve sempatik sinir sisteminin artan aktivasyonu ile karakterize edilen akut duygusal bir tepkidir. Sürekli kaygı ise aksine, bireyin durumluk kaygıyı deneyimleme eğilimini yansıtan nispeten istikrarlı bir ölçüdür. Spielberger'e göre sürekli kaygı düzeyi yüksek olan bireyler daha sık ve daha yoğun akut kaygı durumları yaşarlar. Bu sebeple cinsel işlev ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyle ilgili de çalışmalar mevcuttur (150). Dettore ve arkadaşlarının

2013'te yaptıkları kaygı bozukluğu tanılı kadınlarla, sağlıklı kontrol grubunun durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve cinsel işlev arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada kaygı bozukluğu grubunda durumluk kaygı skoru ile genel cinsel işlev ve uyarılma puanları ters yönlü ilişkili olarak saptanmıştır. Sürekli kaygı düzeyinin ilişkisine bakıldığında ise sürekli kaygı skoru ile uyarılma, lubrikasyon, orgazm, cinsel doyum ve genel cinsel işlev arasında negatif yönlü ilişki, ağrı ile ise aynı yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmanın kaygı bozukluğu tanısı olmayan kontrol grubunda ise sürekli ve/veya durumluk kaygı düzeyi ile ağrı deneyimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (151). Çalışmamızda da literatürü destekleyen sonuçlar elde edilmesi ve bu konuda geçerlilik ve güvenilirliği tespit edilmiş bir ölçek kullanılarak düzenlenmiş olması, çalışmanın güvenilirliğini artıran bir faktördür.

GPA/PB olan kadınların anneye bağlanma skorları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Alt ölçeklerle karşılaştırdığımızdaysa durumluk kaygı düzeyi ile hem anne ilgi/kontrol hem de anne aşırı koruma skorları arasında; sürekli kaygı düzeyi ile sadece anne aşırı koruma skoru arasında negatif korelasyon saptanmıştır.

Bu sonuçlar hipotezimizi kısmi olarak desteklemektedir. Anneye bağlanma zorlukları daha fazla olan, annesini daha soğuk, reddedici ve aşırı korumacı algılayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek saptanmış olmakla birlikte babaya bağlanma zorluklarıyla durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Literatüre baktığımızda ebeveyn bağlanma özellikleri ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren farklı çalışmalar vardır. Barlow'un 2002'de ortaya koyduğu teorisine göre çocukluktaki kontrol edici, otonomiye izin vermeyen ebeveynliklerin çocuk açısından olaylar üzerine kendi kontrolü olmadığı bilişinin yerleşmesine sebep olarak kaygı bozuklukları açısından risk faktör oluşturduğu ortaya konulmuştur. Farklı çalışmalarla da bu hipotez desteklenmiştir. Rapee'nin bu konuda düzenlediği bir gözden geçirmede ele aldığı retrospektif çalışmaların sonucunda ebeveynlerini reddedici ve kontrol eden/otonomiye izin vermeyen olarak algılamamanın kaygı düzeyi ile pozitif korelasyonu olduğu gösterilmiştir. Bu etkiler klinik popülasyonlarda klinik olmayan popülasyonlara göre daha tutarlı olarak gösterilmiştir (152). Faravelli'nin panik bozukluk tanılı hastalarla yaptığı bir çalışmada annenin

ebeveynlik tutumu açısından daha belirgin olmak üzere her iki ebeveynin de soğuk, reddedici ve aşırı kontrolcü tutumlarının panik bozukluk tanısı açısından risk faktörü oluşturduğu gösterilmiştir (153). Kullberg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise depresyon tanılı hastalarla ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında kaygı bozukluğu tanısı olan kişilerin annelerini daha aşırı kontrolcü ve bağımsızlıklarına izin vermeyen şeklinde anımsadıkları bildirilmiştir (154). Kaygı ve ebeveyn bağlanma özellikleri ilişkisiyle ilgili farklı klinik gruplar ve klinik olmayan popülasyonlarda çalışmalar olmakla birlikte çalışmamız bu ilişkiyi GPA/PB tanılı kadınlarda değerlendiren ilk çalışma olmasıyla literatür için değer taşımaktadır.

5.6. GPA/PB TANISI İÇİN BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN DEĞERLENDİRMESİ

Örneklem sayısının düşük olması nedeniyle bağımsız değişken değerlendirmesine iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan sadece üç parametre regresyon modeline dahil edilmiştir. Korelasyon çalışmasında aralarında anlamlı fark saptanmasına rağmen yapılan modelde bağımlı ve bağımsız değişkenler incelendiğinde GPA/PB tanısı ile her iki ebeveyne bağlanma skorları ve maternal aşırı koruma skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebinin örneklem sayısının düşüklüğü ve Ana-Babaya Bağlanma Ölçeği'ndeki ölçek içi korelasyon katsayılarının yüksekliği olduğu düşünüldü.

6. KISITLILIKLAR

Araştırmamızın çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Katılımcıların ebeveynle bağlanma zorlukları, çocukluk çağı travmaları ve durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin öz bildirim dayalı ölçekler ile değerlendirilmesi kısıtlılıklarımızdan bi. Öz bildirim dayalı ölçek maddelerini yanıtlayan kişilerin o anki yanıtları, pek çok faktörden etkilenebilir. Ayrıca çocukluk çağı travmaları ve ebeveyne bağlanma zorluklarıyla ilgili ölçeklerde çocukluk dönemine yönelik sorgulama yapıldığı için bu ölçeklerin kullanımlarında hatırlama yanlılığı olabilir. Çalışma tasarımının kesitsel nitelikte olması, analiz edilen değişkenlerin ilişkisinin yönünü ve neden sonuç ilişkisini belirleyemememize neden olmaktadır. Bulgularımızın doğrulanması için ileriye dönük, uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın örneklem büyüklüğü güç analizi ile belirlenmiş olmasına karşın katılımcı sayısının regresyon analizi için görece düşük olması nedeniyle modele karşılaştırmalı analizlerde istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmış olan üç parametre dahil edilmiştir. İlerleyen dönemde daha büyük örnekleme sahip ve bağımlı değişkendeki toplam değişimin daha büyük oranda açıklayabilecek sayıda bağımsız değişkenlerin eklendiği modeller kurulması gerekmektedir.

7. SONUÇ

Çalışmamızda GPA/PB tanılı kadınların kontrol grubuna göre her iki ebeveyne bağlanma konusunda istatistiksel açıdan anlamlı derecede zorluk yaşadığı, bu kadınların annelerinin daha aşırı koruyucu, özerkliğe izin vermeyen tutumları olduğu bulunmuştur. Ayrıca GPA/PB tanılı kadınlarda ebeveyne bağlanma zorlukları ve çocukluk travması arasında pozitif yönde ilişki saptanmış olup, bu ilişkinin özellikle her iki ebeveynin ilgi/kontrol puanları ile ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı olarak negatif yönde olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç ebeveynlerin olumsuz tutumlarının erişkinlik döneminde kadınlarda ortaya çıkabilecek cinsel bozukluklarla etiyolojik açıdan ilişkili olduğu görüşünü desteklemektedir, Sonuçlar klinik uygulamalar için önemli çıkarımlar sağlamaktadır. GPA/PB tanılı kadınlarda hastaların tedavi sürecinde bağlanma güçlüklerine ve travma öyküsüne dikkat gösterilmelidir. GPA/PB tanılı kadınlarda anneye bağlanma zorlukları, özellikle aşırı koruma alt boyutu hem durumluk hem sürekli kaygı düzeyleriyle pozitif yönde ilişkili saptanmıştır. Bu ilişki diğer anksiyete bozuklukları tanı popülasyonlarında gösterilmiş olup, çalışmamızda da GPA/PB tanı grubunda da gösterilmiştir. Bu hasta grubunda tedavi süreçlerinin durumluk ve sürekli kaygının ele alınmasının klinik katkı sağlayacağını düşündürmektedir. İlerleyen dönemde daha geniş örnekleme sahip olan prospektif araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

8. KAYNAKLAR

1. Rosen NO, Bergeron S. Genito-Pelvic Pain Through a Dyadic Lens: Moving Toward an Interpersonal Emotion Regulation Model of Women's Sexual Dysfunction. Vol. 56, Journal of Sex Research. Routledge; 2019. P. 440–61.
2. Simonelli C, Eleuteri S, Petruccelli F, Rossi R. Female sexual pain disorders: Dyspareunia and Vaginismus. Vol. 27, Current Opinion in Psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. P. 406–12.
3. Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. The role of personal factors in quality of life among Iranian women with vaginismus: a path analysis. Health Qual Life Outcomes. 2021 Dec 1;19(1).
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
5. Crowley T, Richardson D, Mrcp B, Goldmeier D. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. 2006.
6. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. 1981st ed. Toronto; New York: Accepted Manuscript Bantam Books; 1966.
7. O'Sullivan K. Observations on Vaginismus in Irish Women. 1979.
8. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. J Nerv Ment Dis. 1999 May;187(5):261–74.
9. Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. Psychother Psychosom. 1989;52(4):197–204.
10. Tugrul C, Kabakci E. Vaginismus and its correlates. Vol. 12, Sexual and Marital Therapy. Carfax Publishing Company; 1997. P. 23–34.
11. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. J Sex Marital Ther. 2003;29(1):47–59.
12. Özen B, Özdemir YÖ, Beştepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 Feb 23;14:641–6.
13. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of Chronic Pelvic Pain to the Psychiatric Diagnoses and Childhood Sexual Abuse. Vol. 45, Am J Psychiatry. 1988.
14. Yüksel Ö, Gıca Ş, Yalçın M, Guleç MY, Güleç H. Investigation of auditory P50 sensory gating with sexual visual stimuli in patients with vaginismus. Neurophysiologie Clinique. 2021 Jun 1;51(3):251–7.
15. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. Vol. 6, Women's Health. 2010. P. 705–19.

16. Watts G, Nettle D. The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. *Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(1 PART 1):143–8.
17. Nylanderlundqvist E, Bergdahl J. Vulvar Vestibulitis: Evidence of Depression and State Anxiety in Patients and Partners.
18. Granot M, Lavee Y. Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *J Sex Marital Ther*. 2005 Jul;31(4):285–302.
19. Ozdemir YO, Ergelen M, Ozen B, Akgul IF, Bestepe EE. Alexithymia and Parental Bonding in Women with Genitopelvic Pain/Penetration Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:3023–33.
20. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. Vol. 40, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. Georg Thieme Verlag; 2018. P. 787–93.
21. Özdel K, Kumbasar H. Bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen vajinismus olgularında tedavi öncesi ve sonrası depresyon anksiyete ve mükemmeliyetçilik düzeyleri. *Ankara Tıp Fakültesi*; 2009.
22. Butcher J. ABC of sexual health Female sexual problems II: sexual pain and sexual fears [Internet]. 1999. Available from: www.bmj.com
23. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. Does Vaginismus Exist? *J Nerv Ment Dis*. 1999 May;187(5):261–74.
24. Helmuth T. Vaginismus. *The North American Journal of Homeopathy*. 1865;13:64–6.
25. Sims JM. On vaginismus. *Trans Obstet Soc London*. 1862;3:356–67.
26. Kelly HA, Burrage WL. Sims, James Marion. In: *American Medical Biographies*. Baltimore: The Norman, Remington Company;
27. Lerner BH. Scholars Argue Over Legacy of Surgeon Who Was Lionized, Then Vilified. *The New York Times*. 2003 Nov 28;7.
28. Buxton CLMD. After Office Hours: J. Marion Sims' European Experiences. *Obstetrics & Gynecology*. 1963 Nov;22(4):543–8.
29. Kapsalis T. *Public Privates: Performing Gynecology from Both Ends of the Speculum*. Duke University Press; 1997. 46 p.
30. Scanzoni v. Über Vaginismus. *Wien Med Wochenschr*. 1867;17:274–5.
31. Kleinplatz PJ. History of the Treatment of Female Sexual Dysfunction(s). *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817->
32. Abraham HC. Therapeutic und psychological approach in cases of unconsummated marriage. *Br Med J*. 1956;1(4971):837–9.
33. Fenichel O, Rangell L. *The psychoanalytic theory of neurosis*. WW Norton & Company; 1995.
34. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. New York: Bantam Books; 1970.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text rev. 2000.

36. Binik YM, Reissing E, Pukall C, Flory N, Payne KA, Khalifé S. The Female Sexual Pain Disorders: Genital Pain or Sexual Dysfunction? Vol. 31, Archives of Sexual Behavior. 2002.
37. Kingsberg SA, Janata JW. Female Sexual Disorders: Assessment, Diagnosis, and Treatment. Vol. 34, Urologic Clinics of North America. 2007. P. 497–506.
38. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. P1: GRX Archives of Sexual Behavior Vaginal Spasm, Pain, and Behavior: An Empirical Investigation of the Diagnosis of Vaginismus. Vol. 33, Archives of Sexual Behavior. 2004.
39. Bancroft J, Tyrer G, Warner P. The assessment of sexual problems in women. Br J Sex Med. 1982;9(81):30–7.
40. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. Journal of Sexual Medicine. 2016 Feb 1;13(2):135–43.
41. Friedrich EG. Therapeutic studies on vulvar vestibulitis. J Reprod Med. 1988 Jun;33(6):514–8.
42. Friedrich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. J Reprod Med. 1987 Feb;32(2):110–4.
43. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive±behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis [Internet]. 1999. Available from: www.elsevier.nl/locate/pain
44. Van Der Velde J, Everaerd W. Voluntary Control Over Pelvic Floor Muscles in Women With and Without Vaginistic Reactions. 1999.
45. Basson R. Lifelong Vaginismus: A Clinical Study of 60 Consecutive Cases. Journal SOGC. 1996 Jun;18(6):551–61.
46. De Kruiff ME, ter Kuile MM, Weijenborg PThM, van Lankveld JJDM. Vaginismus and dyspareunia: Is there a difference in clinical presentation? Vol. 21. 2000.
47. Binik YM, Meana M, Berkley K, Kalifé S. The Sexual Pain Disorders: Is the Pain Sexual or is the Sex Painful? Annu Rev Sex Res [Internet]. 1999;10(1):210–35. Available from: <http://www.tandfonline.com/loi/hzsr20>
48. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. Arch Sex Behav. 2010 Apr;39(2):292–303.
49. Koehler JD. Vaginismus: Diagnosis, etiology and intervention. Contemporary Sexuality. 2002;36(9):1–8.
50. ter Kuile MM, van Lankveld JJDM, Groot E de, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. Behaviour Research and Therapy. 2007 Feb;45(2):359–73.
51. Ohl LE. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. Urol Nurs. 2007 Feb;27(1):57–63.
52. Maseroli E, Scavello I, Cipriani S, Palma M, Fambrini M, Corona G, et al. Psychobiological Correlates of Vaginismus: An Exploratory Analysis. Journal of Sexual Medicine. 2017 Nov 1;14(11):1392–402.

53. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther.* 2006 Mar 1;32(2):173–82.
54. Ramezani MA, Ahmadi K, Ghaemmaghami A, Marzabadi EA, Pardakhti F. Epidemiology of sexual dysfunction in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med.* 2015;2015-May.
55. Sungur MZ. Cinsel işlev bozuklukları. In: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.* 2. Baskı. Ankara: ANTIP Yayınları; 2000.
56. American College of Obstetricians and Gynecologists. Sexual dysfunction. *Int. J. Gynaecol. Obstet.,* 2. ed. Vol. 51. 1995. 265–277 p.
57. Leiblum SR. Vaginismus: A most perplexing problem. In: Leiblum SR, Rosen RC, editors. *Principles and Practice of Sex Therapy.* NY, USA: Guilford Press; 2000. P. 181–202.
58. Abramov L, Wolman I, David MP. Vaginismus: An Important Factor in the Evaluation and Management of Vulvar Vestibulitis Syndrome. 1994.
59. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D. Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis.* 1997 Sep;185(9):561–9.
60. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther.* 2005 Jul;31(4):329–40.
61. Barnes J, Philbin Bowman E, Cullen J. Biofeedback as an Adjunct to Psychotherapy in the Treatment of Vaginismus 1. Vol. 9, *Biofeedback and Self-Regulation.* 1984.
62. Abraham HC. Therapeutic and Psychological Approach to Cases of Unconsummated Marriage. *Br Med J.* 1956;9.
63. Ward E, Ogden J. Experiencing vaginismus—suffers’ beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy.* 1994 Jan 1;9(1):33–45.
64. Linton SJ, Buer N, Vlaeyen J, Hellsing AL. Are fear-avoidance beliefs related to the inception of an episode of back pain? A prospective study. *Psychol Health.* 2000;14(6):1051–9.
65. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. Vol. 30, *Journal of Behavioral Medicine.* 2007. P. 77–94.
66. Severeijns R, Vlaeyen JWS, Van Den Hout MA, Picavet HSJ. Pain catastrophizing and consequences of musculoskeletal pain: A prospective study in the Dutch community. *Journal of Pain.* 2005 Feb;6(2):125–32.
67. Swinkels-Meewisse IEJ, Roelofs J, Oostendorp RAB, Verbeek ALM, Vlaeyen JWS. Acute low back pain: Pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain.* 2006 Jan;120(1–2):36–43.
68. Picavet HSJ, Vlaeyen JWS, Schouten JSAG. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol.* 2002 Dec 1;156(11):1028–34.
69. Payne KA, Binik YM, Amsel R, Khalife S. When sex hurts, anxiety and fear attract attention towards pain. *European Journal of Pain.* 2005;9(4):427.

70. Edwards RR, Haythornthwaite JA, Smith MT, Klick B, Katz JM. Catastrophizing and depressive symptoms as prospective predictors of outcomes following total knee replacement. Vol. 14, *Pain Res Manage*. 2009.
71. Barsky AJ, Kierman GL. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints, and Somatic Styles. *Am J Psychiatry*. 1983;
72. Watson D, Pennebaker JW. Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. Vol. 96, *Psychological Review*. 1989.
73. Van Damme S, Crombez G, Eccleston C, Roelofs J. The role of hypervigilance in the experience of pain. In: Asmundson G, Vlaeyen J, Crombez G, editors. *Understanding and Treating Fear of Pain*. Oxford: Oxford University Press; 2004. P. 71–90.
74. Crombez G, Van Damme S, Eccleston C. Hypervigilance to pain: An experimental and clinical analysis. Vol. 116, *Pain*. 2005. P. 4–7.
75. Reissing E. Vaginismus: Evaluation and management. In: *Female sexual pain: Evaluation and management*. 1st ed. Oxford, UK: Wiley- Blackwell; 2009. P. 229–34.
76. Lykins AD, Meana M, Minimi J. Visual attention to erotic images in women reporting pain with intercourse. *J Sex Res*. 2011 Jan;48(1):43–52.
77. Van Der Velde J, Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus [Internet]. Vol. 39, *Behaviour Research and Therapy*. 2001. Available from: www.elsevier.com/locate/brat
78. Goodin BR, McGuire L, Allshouse M, Stapleton L, Haythornthwaite JA, Burns N, et al. Associations Between Catastrophizing and Endogenous Pain-Inhibitory Processes: Sex Differences. *Journal of Pain*. 2009 Feb;10(2):180–90.
79. Dixon KE, Thorn BE, Ward LC. An evaluation of sex differences in psychological and physiological responses to experimentally-induced pain: A path analytic description. *Pain*. 2004;112(1–2):188–96.
80. Borg C, Peters ML, Schultz WW, de Jong PJ. Vaginismus: Heightened Harm Avoidance and Pain Catastrophizing Cognitions. *Journal of Sexual Medicine*. 2012;9(2):558–67.
81. Lahaie MA, Binik YM, Khalife S, Amsel R., Pukall C. Fear and pain vs. muscle spasm as the main diagnostic criteria for vaginismus. Paper presented at the meeting of Canadian Sex Research Forum. 2008 Oct;
82. Cherner RA, Reissing ED. Sexual function and behavior of women with lifelong vaginismus. Paper presented at the meeting of the Society for Sex Therapy and Research, Chicago, IL. 2012 Mar;
83. Cherner RA, Reissing ED. A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong Vaginismus. *Arch Sex Behav*. 2013 Nov;42(8):1605–14.
84. Kaneko K. Penetration Disorder: Dyspareunia Exists on the Extension of Vaginismus. Vol. 27, *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2001.
85. Reissing ED. Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. *Journal of Sexual Medicine*. 2012;9(1):251–8.

86. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1993;4(2):83–8.
87. Kaplan HS. Intimacy disorders and sexual panic states. *J Sex Marital Ther*. 1988;14(1):3–12.
88. Lavee Y. Western and non-Western human sexuality: implications for clinical practice. *J Sex Marital Ther*. 1991;17:203–13.
89. Öztürk OM. Psychological Effects of Circumcision as Practiced in Turkey. *Turk J Pediatr*. 1963;5(2):65–9.
90. Yasan A, Akdeniz N. Treatment of lifelong vaginismus in traditional Islamic couples: A prospective study. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(4):1054–61.
91. Haidt J, Hersh MA. Sexual Morality: The Cultures and Emotions of Conservatives and Liberals'. *J Appl Soc Psychol*. 2001;
92. Borg C, De Jong PJ, Weijmar Schultz W. Vaginismus and Dyspareunia: Relationship with General and Sex-Related Moral Standards. *Journal of Sexual Medicine*. 2011;8(1):223–31.
93. Balon R, Segraves RT. *Handbook of sexual Dysfunction*. 2005.
94. De Silva P. Impact of trauma on sexual functioning and sexual relationships. Vol. 16, *Sexual and Relationship Therapy*. Carfax Publishing Company; 2001. P. 269–78.
95. Courtois CA. Victims of rape and incest. *The Counselling Psychologist*. 1979;8:38–9.
96. Finkelhor D. Early and Long-Term Effects of Child Sexual Abuse: An Update The Impact of Abuse on Boys. Vol. 21, *Professional Psychology. Research and Practice*. 1990.
97. Malleson J. Vaginismus: its management and psychogenesis. *Br Med J*. 1942;213–6.
98. Dupree Jones K, Lehr ST, Hewell SW, Np O. Dyspareunia: Three Case Reports. Vol. 26, *IOGNN*. 1997.
99. Oktay M, Tombul K. 200 Vajinismus vak'ası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi. *Yeni Symposium*. 2003;4(3):115–9.
100. Abraham K. Manifestation of the female castration complex. *The Psychoanalytic Review* (1913-1957). 1927;14:108.
101. Nasab MM, Farnoosh Z. Management of Vaginismus with Cognitive-Behavioral Therapy, Self-Finger Approach: A Study of 70 Cases. *Iran Journal of Medical Sciences* [Internet]. 2003;69–71. Available from: www.SID.ir
102. Özen B, Özdemir YÖ, Beştepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Feb 23;14:641–6.
103. Kesebir S, Özdoğan Kavzoğlu S, Fatih Üstündağ M, Ruh ve Sinir Hastalıkları E, ve Araştırma Hastanesi E, Özet İ. Bağlanma ve Psikopatoloji – Attachment and Psychopathology. Vol. 3, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2011.
104. Bowlby J. Bağlanma. 25th ed. Özkul S, ort h. İstanbul: Pinhan Yayıncılık; 1969.
105. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2005;8:88–99.

106. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship Between Attachment Patterns and Personality Pathology in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(9):1111–23.
107. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;796–805.
108. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*. 2003;104(3):627–37.
109. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;447–56.
110. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med*. 2002;64(4):660–7.
111. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion*. 2001 Dec;1(4):365–80.
112. Voestermans D, Eikelenboom M, Rullmann J, Wolters-Geerdink M, Draijer N, Smit JH, et al. The Association Between Childhood Trauma and Attachment Functioning in Patients with Personality Disorders. Vol. 34, *Journal of Personality Disorders*. 2020.
113. Cohen LJ, Ardalán F, Tanis T, Halmi W, Galynker I, Von Wyl A, et al. Attachment anxiety and avoidance as mediators of the association between childhood maltreatment and adult personality dysfunction. *Attach Hum Dev*. 2017 Jan 2;19(1):58–75.
114. Bargiota A, Dimitropoulos K, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. The Impact of Parental Bonding on Sexual Distress in Women with Type 1 Diabetes Mellitus. *Journal of Sexual Medicine*. 2013;10(2):378–85.
115. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979;52(1):1–10.
116. Kapçı EG, Küçük S. [The parental bonding instrument: evaluation of psychometric properties with Turkish university students]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2006;17(4):286–95.
117. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual of the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983;
118. Oner N, Le Compte A. *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Yayınları. 1985;
119. Bernstein DP, Fink L, Handeisman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. 1994.
120. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2012;32(4):1054–63.

121. Yilmaz M. Opinions of unmarried patients receiving peritoneal dialysis treatment about sexuality. *Sex Disabil.* 2010 Dec 1;28(4):213–21.
122. Ward E, Ogden J. Experiencing vaginismus—suffers’ beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy.* 1994 Jan 1;9(1):33–45.
123. Laumann EO, Paik A, Glasser DB, Kang JH, Wang T, Levinson B, et al. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Arch Sex Behav.* 2006 Apr;35(2):145–61.
124. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. THE LONG-TERM IMPACT OF THE PHYSICAL, EMOTIONAL, AND SEXUAL ABUSE OF CHILDREN: A COMMUNITY STUDY. Vol. 20, *Child Abuse & Neglect.* 1996.
125. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. Vol. 26, *Child Abuse & Neglect.* 2002.
126. Hiller J. Female sexual arousal and its impairment: The psychodynamics of non-organic coital pain. Vol. 11, *Sexual and Marital Therapy.* Carfax Publishing Company; 1996. P. 55–76.
127. Romeo A, Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V, Fusaro E, Geminiani GC, et al. Attachment style and parental bonding: Relationships with fibromyalgia and alexithymia. *PloS One.* 2020 Apr 1;15(4).
128. Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawata H, Sawamoto R, et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: The Hisayama Study. *BMC Psychiatry.* 2015 Jul 31;15(1).
129. Alami KM, Kadri N. Moroccan women with a history of child sexual abuse and its long-term repercussions: A population-based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health.* 2004 Oct;7(4):237–42.
130. Dupree Jones K, Lehr ST, Hewell SW, Np O. Dyspareunia: Three Case Reports. Vol. 26, *IOGNN.* 1997.
131. Badura AS, Reiter RC, Altmaier EM, Rhomberg A, Elas D. Dissociation, Somatization, Substance Abuse, and Coping in Women With Chronic Pelvic Pain. 1997.
132. Nijenhuis ERS, Van Dyck R, Ter Kuile MM, Mourits MJE, Spinhoven P, Van Der Hart O. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.* 2003;24(2):87–98.
133. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 9, *PloS Medicine.* 2012.
134. Naughton AM, Cowley LE, Tempest V, Maguire SA, Mann MK, Kemp AM. Ask Me! Self-reported features of adolescents experiencing neglect or emotional maltreatment: a rapid systematic review. Vol. 43, *Child: Care, Health and Development.* Blackwell Publishing Ltd; 2017. P. 348–60.

135. Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O’Farrill-Swails L. Single versus multi-type maltreatment: An examination of the long-term effects of child abuse. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2005;11(4):29–52.
136. Wilson HW, Widom CS. An Examination of Risky Sexual Behavior and HIV in Victims of Child Abuse and Neglect: A 30-Year Follow-Up. *Health Psychology*. 2008 Mar;27(2):149–58.
137. Wilson HW, Widom CS. Pathways from childhood abuse and neglect to HIV-risk sexual behavior in middle adulthood. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Apr;79(2):236–46.
138. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *Am J Orthopsychiatry*. 1985;
139. Bigras N, Bosisio M, Daspe MÈ, Godbout N. Who Am I and What Do I Need? Identity Difficulties as a Mechanism of the Link Between Childhood Neglect and Adult Sexual Disturbances. *International Journal of Sexual Health*. 2020 Jul 2;32(3):267–81.
140. Klein H, Elifson KW, Sterk CE. Childhood neglect and adulthood involvement in HIV-related risk behaviors. *Child Abuse Negl*. 2007 Jan;31(1):39–53.
141. Kalfon Hakhmigari M, Peled Y, Krissi H, Levy S, Molmen-Lichter M, Handelzalts JE. Anxious Attachment Mediates the Associations Between Early Recollections of Mother’s Own Parental Bonding and Mother–Infant Bonding: A 2-Month Path Analysis Model. *Front Psychiatry*. 2021 Jul 5;12.
142. Hoenicka MAK, López-De-la-Nieta O, Rubio JLM, Shinohara K, Neoh MJY, Dimitriou D, et al. Parental bonding in retrospect and adult attachment style: A comparative study between Spanish, Italian and Japanese cultures. *PloS One*. 2022 Dec 1;17(12 December).
143. John Bowlby. *Ayrılma*. İstanbul: Pinhan Yayıncılık; 2014.
144. Hazan C, Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. In: *Interpersonal Development*. Taylor and Francis; 2017. P. 283–96.
145. Fraley RC, Shaver PR, Thank W, Cassandro J, Feldman L, Frei BJ, et al. Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology*. 2000;4(2):132–54.
146. Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, Giraldi A. Standard Operating Procedures for Female Genital Sexual Pain. *Journal of Sexual Medicine*. 2013;10(1):83–93.
147. Watts G, Nettle D. The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. *Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(1 PART 1):143–8.
148. Farnam F, Janghorbani M, Merghati-Khoei E, Raisi F. Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *Int J Impot Res*. 2014 Nov 13;26(6):230–4.
149. Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. The role of personal factors in quality of life among Iranian women with vaginismus: a path analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Dec 1;19(1).
150. Bradford A, Meston CM. The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*. 2006 Aug;44(8):1067–77.

151. Dèttore D, Pucciarelli M, Santarnecchi E. Anxiety and female sexual functioning: An empirical study. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(3):216–40.
152. Rapee RM. POTENTIAL ROLE OF CHILDREARING PRACTICES IN THE DEVELOPMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION. Vol. 17, *Clinical Psychology Review.* 1997.
153. Faravelli C, Panichi C, Pallanti S, Paterniti S, Lm G, Rivelli S. Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;
154. Kullberg ML, Maciejewski D, van Schie CC, Penninx BWJH, Elzinga BM. Parental bonding: Psychometric properties and association with lifetime depression and anxiety disorders. *Psychol Assess.* 2020 Aug;32(8):780–95.
155. Karaytuğ MO, Tamam L, Demirkol ME, Namlı Z, Gürbüz M, Yeşiloğlu C. Impact of Childhood Trauma and Adult Separation Anxiety Disorder on Quality of Life in Individuals with Schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2023;19:181–96.
156. Baddam SKR, Olvera RL, Canapari CA, Crowley MJ, Williamson DE. Childhood trauma and stressful life events are independently associated with sleep disturbances in adolescents. *Behavioral Sciences.* 2019 Oct 10;9(10).
157. Kim JS, Jin MJ, Jung W, Hahn SW, Lee SH. Rumination as a mediator between childhood trauma and adulthood depression/anxiety in non-clinical participants. *Front Psychol.* 2017 Sep 25;8(SEP).
158. Laskemoen JF, Aas M, Vaskinn A, Berg AO, Lunding SH, Barrett EA, et al. Sleep disturbance mediates the link between childhood trauma and clinical outcome in severe mental disorders. *Psychol Med.* 2021 Oct 23;51(14):2337–46.
159. Zhang Z, Meng Y, Ma T, Yang Z. Childhood Trauma and Anxiety: The Chain Mediating Effects of Intolerance of Uncertainty and Proactive Coping. *Asian Journal of Social Science Studies.* 2022 Jun 1;7(6):89.