42 CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Doç. Dr. Mehmet Sungur

Cinsel işlev bozukluklarının tanımlanmasında henüz evrensel bir fikir birliği oluşturulamamıştır. Cinsel işlev bozuklukları oldukça genel bir tanımla, cinsel ilgi ve/veya cinsel uyaranlara verilen yanıtların "normal" biçiminin inatçı ve tekrarlayıcı biçimde bozulması olarak düşünülebilir. Ancak, böylesine genel bir tanımın bile yeterince kabul edilebilir olduğunu söylemek güçtür. Her şeyden önce farklı bireylerde ve hatta aynı bireyde farklı zamanlarda oldukça geniş bir spektrum içinde değişiklikler gösteren cinsel ilgi ve yanıtların "normal" biçimlerinin tanımını yapmakta güçlükler vardır. Hangi cinsel yanıtların "normal" kavramının çizdiği sınırlar içinde kabul edilebileceğini belirlemek göründüğü kadar kolay olmamaktadır. Ayrıca bir bireyin cinsel işlevlerinden birinin "bozulmuş" olarak tanımlanabilmesi uygulamada ancak kendisinin ya da partnerinin sözü edilen cinsel işlevden hoşnut olmaması ve bunu tedaviyle çözülmesi gereken bir sorun olarak görmesiyle mümkün olabilir. Kaldı ki böylesine yakınmanın varlığı bile her zaman cinsel işlev bozukluğuna işaret etmeyebilir. Çünkü yakınmalar çoğu kez bireyin kendi cinsel işlevleriyle ilgili beklentileri ile ilgilidir. Beklentiler ise bireyin cinsellikle ilgili bilgileri ve yaşadığı toplum, kültür ve alt-kültürün öğretileri ve değerleri gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak değişiklik gösterir.

Masters ve Johnson öncesi dönemde "frijit" ve "empotan" terimleri kadın ve erkeklerde görülen her türlü cinsel işlev bozukluğunu tanımlamak için kullanılmıştır. Bu terimler çeşitli cinsel sorunları yalnızca global olarak tanımlamakla kalmamış, sıklıkla yanlış anlamlarda da kullanılmıştır ve günümüzde kullanılmaları tercih edilmemektedir. Masters ve Johnson, cinsel yanıtların fizyolojik bir döngüsünün olduğunu ve bu döngünün devreye girmesi ile oluşan tamamlanmış bir cinsel aktivitenin dört aşamadan geçtiğini belirtmişlerdir. Bunlar; uyarılma, plato, orgazm ve rezolüsyon aşamalarıdır. Cinsel işlev bozukluklarının aşamalardan birinde veya birkaçında ortaya çıkan sorunlar sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir. Sonuçta Masters ve Johnson kadın cinsel işlev bozukluklarını orgazm bozuklukları, vaginismus ve disparenü olarak üçe, erkek cinsel işlev bozukluklarını ise empotans, prematür ejekülasyon, ejekülasyon yetmezliği ve disparenü olarak dörde ayırarak ele almışlardır. Bu sınıflandırmadan anlaşılacağı gibi Masters ve Johnson, cinsel yanıtların fizyolojik döngüsü içindeki aşamaları tanımlarken cinsel ilgi ve istek konusuna değinmemişlerdir. Tedaviye dirençli bozukluklar olarak ortaya çıkan cinsel ilgi ve istek bozukluklarının tanımlanması daha sonraları Kaplan (1974) tarafından yapılmıştır. Kaplan cinsel işlev bozukluklarını, cinsel uyarılma bozuklukları ve orgazm bozuklukları biçiminde iki uçlu bir sınıflandırma sistemi içinde ele almıştır. Vaginismus olguları ise bu iki uçlu sınıflandırma sisteminin dışında ele alınmıştır. Ancak aynı dönemde cinsel işlev bozuklukları alanında çalışan diğer terapistler kendilerine başvuran birey ve çiftlerin uyarılma ve orgazm dışında başka sorunlarla da geldiğini belirtmişler ve özellikle kadınların cinsel ilgi ve istek düzeylerinin anlamlı farklılıklar gösterdiğini belirtmişlerdir. Bunun üzerine Kaplan 1977 yılında cinsel yanıtların iki uçlu sınıflandırma modelinde değişiklikler yapmış ve kendi modeline üçüncü bir boyut olan cinsel ilgi ve istek bozukluklarını eklemiştir. Böylelikle cinsel işlev bozuklukları a) cinsel ilgi ve istek, b) cinsel uyarılma, c) orgazm bozuklukları olarak üçe ayrılarak sınıflandırılmıştır.

Sınıflandırma içinde yer almasa da unutulmaması gereken önemli bir nokta insan cinselliğinin çok önemli bir boyutu olan cinsel doyumdur. Bireyin cinsel doyumu yalnızca bir cinsel işlev bozukluğunun varlığı veya yokluğuyla ilgili değildir. Cinsel işlev bozukluğu olmasına karşın cinsel yönden doyum sağlayan bireylerin sayısı az değildir. Yine herhangi bir cinsel işlev bozukluğu olmamasına karşın cinsel doyum sağlamakta güçlük çeken birçok insan vardır.

Ne var ki, insan cinselliğinin bu önemli boyutu çoğu kez ihmal edilmektedir.

Yazar kendi ünitesine başvuran birey ve çiftlerin gereksinmelerini ve çeşitli sınıflandırma sistemlerini gözönünde bulundurarak şöyle bir sınıflandırma biçiminin daha uygun olacağını düşünmektedir:

a) Cinsel ilgi ve istek bozuklukları,

b) Cinsel uyarılma bozuklukları,

c) Orgazm bozuklukları,

d) Cinsel ağrılar,

e) Diğer (başka türlü adlandırılamayan) cinsel işlev bozuklukları.

Cinsel işlev bozukluğunun türü ne olursa olsun ve hangi sınıflandırma sistemi kullanılırsa kullanılsın daima gözönünde bulundurulması gereken iki önemli nokta vardır. Bunlardan biri, cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkış, yani başlangıç zamanı, diğeri ise cinsel işlev bozukluğunun oluştuğu ortam ve durumlardır. Bir cinsel işlev bozukluğu, ortaya çıkış zamanına göre birincil veya ikincil, oluştuğu ortama göre ise durumsal veya total olarak adlandırılır. Birincil bozukluklarda sorun bireyin ilk cinsel deneyiminden itibaren vardır ve halen devam etmektedir. İkincil bozuklukta, bireyin halen yakınmakta olduğu cinsel işlev bozukluğunun bulunmadığı bir dönem vardır. Cinsel sorun bu işlevsel olarak doyurucu olan dönemi izleyerek ortaya çıkmıştır. Cinsel işlev bozukluklarının tümü birincil veya ikincil olarak ortaya çıkabilir. Ancak vaginismus gibi bir sorunun daha çok birincil, cinsel ilgi ve istek bozukluğu gibi bir sorunun ise daha çok ikincil olarak ortaya çıkması beklenir. Durumsal cinsel işlev bozukluklarında sorun belirli durum ve ortamlarda oluşurken, diğerlerinde oluşmaz. Cinsel işlev bozukluğu, içinde bulunulan durum veya ortamdan bağımsız olarak her türlü cinsel aktivite sırasında ortaya çıkıyorsa buna total cinsel işlev bozukluğu denir. Örneğin ereksiyon kusuru hem mastürbasyon, hem de partnerle birlikte iken ortaya çıkıyorsa sorun total, yalnızca partnerle cinsel yakınlaşma sırasında ortaya çıkıyorsa durumsal olarak tanımlanır.

KADINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLARI

A) Cinsel İlgi ve İstek Bozuklukları

ABD ve İngiltere'de seks terapi merkezlerine kadınlar tarafından yapılan başvurular arasında en sık rastlananıdır. Yazarın cinsel işlev bozuklukları değerlendirme ve tedavi ünitesine yapılan kadın başvuruları içinde vaginismus yakınmasından sonra ikinci sıklıkta görülmektedir.

Cinsel ilgi ve istek azalmasından söz ederken:

a) Cinsel ilgi ve isteğin kadınlar arasında geniş bir spektrum içinde farklılıklar gösterdiği unutulmamalıdır.

b) Herhangi bir bireyde, herhangi bir cinsel işlevin azalmış olduğunu söyleyebilmek, ancak bu işlevin aynı bireyde daha önceki düzeyini bilmekle mümkündür. Bu nedenle cinsel ilgi ve istek sorunu ile gelen kadına daha önceki ilgi ve istek düzeyini sormak gerekir. Böylelikle sorunun birincil veya

c) Cinsel ilgi ve istek düzeyi yalnızca partnerle ilişkiye girme sıklığına bakılarak değerlendirilemez. Kadının mastürbasyon yapma sıklığı, mevcut partneri dışındaki erkeklere olan ilgisi, cinsel hayal ve fantazileri ve cinselliğe ilişkin düşünceleri de araştırılmalıdır. Böylelikle sorunun durumsal ya da total olduğu da anlaşılacaktır.

d) Kadının cinsel ilgi ve istek azlığını bir sorun olarak algılayıp algılamadığı da çok önemlidir. Kadın böyle bir sorunun çözümünü kendinden çok partnerini memnun etmek için istiyor olabilir. Bu tür durumların anlaşılması tedaviyi yönlendirme ve tedavi talebinin ardındaki motivasyonun anlaşılması yönünden önemlidir.

e) Bazen kadında belirgin bir ilgi ve istek azlığı olmadığı halde, partnerindeki artmış istek nedeniyle göreceli bir cinsel ilgi ve istek azlığı sorunu ortaya çıkabilir. Bu tür durumlarda yanlı olmak yerine, uzlaştırıcı hedefler seçmek, hem kadın üzerindeki yükü azaltacak, hem de tedavinin daha gerçekçi yürütülmesini sağlayacaktır.

Cinsel ilgi ve istek azlığı kadında iki farklı şekilde seyreder. Bazı kadınların cinselliğe yönelik spontan ilgi ve istekleri azdır. Bu kadınlar cinsel aktiviteyi başlatmakta sorumluluk almamalarına karşın, eşleri tarafından uyarıldıklarında yanıt verirler. Bu kadınlarda cinsel uyarılma ve orgazm sorunu pek görülmez. Buna karşın bazı kadınlar partnerlerinin kendilerini uyarma yönündeki tüm çabalarına karşın, cinsel ilgi ve istek artışı göstermezler. Bu kadınlarda cinsel uyarılma ve orgazm sorunlarına da sık rastlanır. Bu grupta tedaviyle başarı sağlama oranları ilk gruba göre daha düşüktür. Birincil cinsel ilgi ve istek azlığının nedenleri arasında olumsuz cinsel yaşam deneyimleri, ikincil cinsel ilgi ve istek azlığının oluşumunda ise partnerler arasındaki sorunlar daha önemli rol oynar. İkincil cinsel ilgi ve istek azlığı, geçirilmiş bir depresyonu veya doğum gibi fizyolojik bir olayı izleyerek ortaya çıkabilir. Çiftin cinsel yaşamının giderek rutinleşmesi, cinsel hayal ve fantazi eksikliği gibi durumlar cinsel bıkkınlık oluşturarak ikincil bir cinsel ilgi ve istek azlığına neden olabilir. Azalmış cinsel ilgi ve istek azlığı cinsel işlev bozukluklarına oranla tedaviye dirençli bir gruptur. Yazarın seks terapileri ile evlilik terapilerini kombine ettiği bir çalışmasında elde edilen sonuçlar, İngiltere ve ABD'nde yalnızca seks terapileri ile alınan sonuçlardan çok daha parlak olarak bulunmuştur. Yazar, kombine tedavinin, alınan sonuçları iyileştirdiği gibi, tedaviyi terk oranlarını da düşürdüğünü belirtmektedir.

B) Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Cinsel aktivitenin uyarılma aşamasında oluşması beklenen fizyolojik değişikliklerin olmamasına bağlı bir bozukluktur. Normalde uyarılma aşamasında genitallere yönelen kan akımı ve damarlardaki yerel değişiklikler vaginal dolgunluğa ve lubrikasyona yol açar. Cinsel uyarılma bozukluğunda tüm uyarma veya uyarılma çabalarına karşın sözü edilen fizyolojik değişiklikler oluşmamakta ve uyarılma ile ilgili haz verici duyumlar alınamamaktadır. Bu bozukluk sıklıkla cinsel ilgi ve istek azlığı ve orgazm bozukluğu ile birlikte görülür ve izole bir sorun olarak ortaya çıkması çok nadirdir. Ancak menapoz ve doğum sonrası oluşan hormonal değişiklikler, cinsel uyarılmaya koşut oluşan vaginal yanıtı bozabilir. Bu tür bozukluklar sıklıkla cinsellik konusunda belirgin inhibisyonları olan kadınlarda görülür.

C) Orgazm Bozuklukları

Cinsel aktivite doyurucu olduğu sürece orgazm eksikliği bir sorun oluşturmayabilir. Orgazm sorunu genellikle orgazmla ilgili bilgi ve beklentilerle ilintili olarak yaşanan bir sorundur. Örneğin kadın her cinsel ilişkide orgazm gereksinmesi duymasa bile eşi "erkek her cinsel birleşmede partnerini orgazma ulaştırabilmelidir" biçiminde bir beklenti içindeyse mevcut durumu kendisiyle ilgili bir yetersizlik gibi algılayabilir. Böyle bir durumda kadın kendi isteği dışında eşi tarafından tedavi amacıyla getirilebilmektedir.

Masters ve Johnson'un araştırmaları sonucunda elde ettikleri önemli bulgulardan biri cinsel birleşme sırasındaki orgazm ile, doğrudan klitoral uyarılma sonucu (mastürbasyon gibi) oluşan orgazm arasında fizyolojik bir farkın bulunmadığıdır. Bu bulgu daha önceki psikanalistler tarafından ileri sürülen vaginal orgazmın, klitoral orgazma üstün olduğu biçimindeki görüşün değişmesine neden olmuştur.

Bazen kadındaki orgazm güçlüğünün temel nedeni erkekteki erken boşalmalardır. Bu nedenle orgazm sorunundan yakınan kadına sorunun hangi koşullarda ortaya çıktığı mutlaka sorulmalıdır.

Orgazm sorunu ele alınırken öncelikle birincil veya ikincil, durumsal veya total olduğu araştırmalardır. Durumsal olanda kadın mastürbasyon sırasında orgazm olabilirken, partneriyle orgazmı yaşayamadığından yakınır. Birincil bozuklukta ise kadın ilk cinsel deneyiminden başlayarak hiç orgazm olmamıştır. Birincil total orgazm kusuru ile yapılan başvuruların sıklığı giderek azalmaktadır. Bunun önemli nedenlerinden biri Batı ülkelerinde orgazm sorunlarına yönelik hazırlanan kendi kendine yardım ve mastürbasyon teknikleri ile ilgili kitaplardır. İkincil durumsal orgazm bozuklukları sıklıkla partnerle genel ilişkilerdeki güçlüklerin bir yansıması olarak ortaya çıkar. İkincil cinsel ilgi ve istek bozukluğunun sonucu olarak ortaya çıkan orgazm bozukluklarında tedavi cinsel ilgi ve istek bozukluğuna odaklanmalıdır. Yazarın ünitesine başvuran kadınlarda orgazm sorunu sıklıkla cinsel ilgi ve istek azlığı sorunu ile birlikte yaşanan bir sorun olarak dile getirilmiştir.

D) Cinsel Ağrılar

Cinsel ağrı veya ağrı korkusu kendi içinde ikiye ayrılarak incelenebilir:

1. Vaginismus: Vagen girişindeki kasların spazmı sonucu, cinsel birleşme girişiminin olanaksız hale geldiği ya da son derece ağrılı olduğu durumdur. Kasılmalar cinsel birleşme girişimine koşut olarak ortaya çıkmakta ve vaginismuslu kadın bu kasılmalar üzerinde hiçbir kontrolü olmadığını düşünmektedir. Bu nedenle tüm cinsel işlev bozuklukları arasında kadını en çaresiz bırakan durum vaginismus olmaktadır. Vaginismus, evlilik yaşamında cinsel birleşmenin gerçekleşmesine engel oluşturan durumlar arasında en sık görülenidir. Birincil tipte bir cinsel işlev bozukluğu olup, uygun biçimde tedavi edilmezse yaşam boyu sürebilir. Yazarın ünitesine başvuran kadınlar arasında 19 yıllık evlilik yaşamlarına karşın, cinsel birleşmeyi gerçekleştirememiş kadınlar vardır. Oysa evlilik içi sorunlar tabloya eklenmemişse tedavisi oldukça kolaydır. Yazar, ünitesinde, vaginismusun ortalama 5 oturumlu bir terapi ünitesi içinde tamamlandığını saptamıştır. Ülkemizdeki cinsel işlev bozuklukları tedavi merkezlerine kadınlar en sık vaginismus sorunu ile başvurmaktadırlar. Oysa Batı ülkelerinde kurulmuş benzeri merkezlere kadınlar en sık cinsel ilgi ve istek azalması nedeniyle başvurmaktadırlar. Bu durum ülkemizde vaginismusun Batı ülkelerinden daha sık görülmesi ile açıklanabileceği gibi, vaginismus sorununun evliliğin devamını tehdit edici yönüyle de açıklanabilir. Cinsel ilgi ve istek azlığı olan kadın, bu soruna karşın evliliğini devam ettirebilmektedir. Oysa vaginismus çoğu kez evliliğin devamı yönünden çözümü aciliyet gerektiren bir durumdur. Bu nedenle vaginismuslu kadınlar diğer cinsel işlev bozuklukları olan kadınlara oranla daha öncelikli olarak yardım alma girişimlerinde bulunmaktadırlar.

Vaginismus, hemen tamamen birincil tipte bir cinsel işlev bozukluğu olmakla birlikte nadiren vaginal bir travmaya, iyi yapılmamış bir epizyotomiye veya tekrarlayıcı vaginal infeksiyonlara ikincil olarak gelişebilir. Bu tür durumlarda cinsel birleşmenin ağrılı olması zaman içinde perine kaslarında spazma neden olarak ikincil vaginismus sorununa yol açabilir.

Vaginismuslu kadınların çoğunda vaginal penetrasyona ilişkin korkular da mevcuttur. Bu nedenle [illegible] fizyolojik muayeneden kaçınırlar. Zaman zaman da

doğum yapmayla ilgili yoğun korkular yaşarlar. Çoğu, genital bölgelerinin çirkin ve rahatsızlık verici bir görüntüsü olduğunu düşündüklerinden, kendilerini çıplak olarak görmeye tahammül edemezler. Vagenlerin çok küçük, penisin ise iri olduğunu düşündüklerinden cinsel birleşmenin ağrılı ve kanlı olacağından endişe ederler. Vaginismusun kalın ve yırtılması güç bir himene bağlı olarak fiziksel bir nedenle ortaya çıkması oldukça nadir görülen bir durumdur.

Vaginismuslu kadınların çoğunda uyarılma ve orgazm sorunu gözlenmez. Bu nedenle cinsel birleşme sağlanmasa da göreceli olarak doyurucu bir cinsel yaşam sürdürebilirler. Cinsel ilgi azalması ve orgazm bozukluğunun tabloya eklendiği durumlarda tedavi oldukça güçleşir.

Vaginismus sorunu çözülmediğinde, erkekte de bu duruma ikincil bir cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkabilir. Vaginismuslu kadınların eşlerinde erken boşalma, cinsel ilgi ve istek azalması ya da erektil yetmezlik gibi sorunların görülme sıklığı oldukça fazladır.

Ülkemizde vaginismus sorununun seyri ve sonuçları Batı ülkelerinden farklılıklar göstermekte ve vaginismuslu kadınlar oldukça ilginç, dramatik ve travmatik deneyimlerden geçebilmektedirler. Vaginismus sorunu ilk cinsel birleşme girişimiyle ortaya çıkan bir sorundur. Evliliğin ilk gecesinde vaginismus nedeniyle birleşme gerçekleştirilemediğinde çeşitli yörelerimizde halen egemen olan "kanlı çarşaf gösterme" töresinin gereği yerine getirilememektedir. Böyle bir durumda, çevredeki meraklı kitle ya evlenen kadının "bakire" olmadığını ya da erkeğin "iktidarsız" olduğunu düşüneceğinden çiftler kendilerine özel kalması gereken bu durumu ailelerine açmak durumunda kalmaktadırlar. Vaginismus gibi bir cinsel işlev bozukluğunun varlığından habersiz olan koca ve aileler kadına baskı yaparak sorunu çözmeye çalışmakta ve böylelikle hem kadının yetersizlik duygularını artırmakta, hem de çeşitli evlilik içi sorunlara neden olmaktadırlar. Bazı çiftler ise ilk gece sonundaki baskıyı, vücutlarının çeşitli yerlerini kesip kana bulayarak aşmak yoluna gitmektedirler. Ancak ilk gece baskısı böyle bir yöntemle atlatılsa bile aynı çevre zaman içinde kadına çocuk doğurmayışı ile ilgili olarak baskı yapmaktadır. Vaginismuslu kadınların çoğu cinsel birleşme ile ilgili korkularını azaltmak için alkol ve sedatif ilaç kullanma yoluna gitmekte ancak bu tür çabaların herhangi bir yararı olmamaktadır.

Vaginismus, çözümünde profesyonel yardım almayı gerektiren bir cinsel işlev bozukluğudur. Profesyonel yardım, konuyu bilen, seks terapilerinin yanı sıra evlilik terapileri konusunda da deneyimi olan terapistler tarafından verilmelidir.

Ülkemizde vaginismus sorunuyla ilgili bir başka acı gerçek, değişik disiplinlerde çalışan hekimlerin uygunsuz tedavi girişimleridir. Bazı hekimlerce önerilen anestezik ve ağrı giderici pomadlar, hastanın ağrı duyacağına ilişkin beklentilerini daha da artırmaktadırlar. Bu tür fiziksel girişimleri ya da öğüt verici olmaktan öteye gitmeyen ve bir terapistten daha çok "baba" tavrını andıran "psikolojik" yaklaşımların hiçbir yararı olmamakta, tersine kadındaki çaresizlik duygularını artırmaktadır. Sorunun özüne inmeyi amaçlayan psikoanalitik yönelimli yaklaşımlar ise tedavisi aciliyet gerektiren vaginismus sorununun çözümünü geciktirmekte ve hastanın umutsuzluk ve çaresizlik duygularını pekiştirebilmektedir. Vaginismus tedavisiyle ilgili en kötü uygulama ise bu kadınlara yapılan himenektomi operasyonlarıdır. Yazarın ünitesine vaginismus sorunu ile başvuran kadınların yarısından fazlası himenektomi deneyiminden geçmişlerdir. Oysa vaginismuslu kadınlar normal jinekolojik muayeneden bile kaçınma eğilimi gösterirler. Başka türlü tolere edilemediği için anestezi altında yapılan bu tür uygulamalar bir yönüyle vaginismuslu kadınların çaresizlik içinde nelere katlanabileceğini göstermekte, diğer yönüyle ülkemizde vaginismus tedavisinde kullanılan uygunsuz yöntemlerin yaygınlığını ortaya koymaktadır.

2. Disparenü: Ağrılı cinsel birleşme anlamına gelir. Ağrı vagen girişinde hissediliyorsa etyolojide daha çok vestibül **a**ğrılığı, vaginal infeksiyon ve Bartolin kisti gibi nedenler araştırılmalıdır. Ağrı derin

penetrasyonla artıyorsa etyolojide vaginal veya pelvik infeksiyonlar, over patolojileri ve endometriozis gibi organik nedenler aranmalıdır. Ağrı cinsel birleşmenin süresi uzadıkça azalıyor veya kayboluyorsa uyarılma eksikliği düşünülmelidir. Çünkü süre uzadıkça uyarılmanın artmasına bağlı vaginal lubrikasyon artar, vagen kasları gevşer ve ağrı kaybolur. Sürenin uzaması ağrının şiddetini azaltmıyor, tersine artıyorsa organik nedenlerin bulunma olasılığı artar.

E) Diğer (Başka Türlü Adlandırılamayan) Cinsel İşlev Bozuklukları

1. Cinsel Fobiler: Tek bir sorun olarak ortaya çıkabileceği gibi cinsel ilgi, istek ve uyarılma bozukluğu ile birlikte de görülebilir. Korkular erkeğin penisine veya ejekülatına dokunamama gibi durumlarla sınırlı olabileceği gibi, her türlü fiziksel yakınlaşmadan kaçınma gibi yaygın biçimlerde de görülebilir. Bu tür yaygın fobiler cinsel uyarılmayı bütünüyle engellediğinden cinsel doyumu belirgin olarak azaltabilir. Cinsel fobilerin bir kısmı tecavüz, ensest gibi erken travmatik yaşam deneyimleri sonucu oluşabilir, ancak çoğu kez yanlış bilgi ve abartılı beklentilerle ilgilidirler.

2. Cinsel Doyum Bozuklukları: İnsan cinselliğinin işlevleri kadar önemli bir diğer boyutu verdiği doyumdadır. Bir bireyin cinsel yaşamının doyuruculuk düzeyi cinsel işlevlerinin niceliği kadar, eşler arasındaki ilişkinin niteliği ile de belirlenir.

Yazarın ünitesine 19 yıllık vaginismus sorunu ile başvuran çiftlerin hepsi marital ve cinsel yönden doyurucu bir ilişki içinde olduklarını belirtmişlerdir. Bu bir cinsel işlev bozukluğunun her zaman cinsel doyumu olumsuz etkilemediğinin en anlamlı işaretidir. Bu yönüyle cinsel doyum eksikliği, cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırması içine tam oturmuyor gibi görünebilir. Ancak yardım almak amacıyla başvuran çiftlerde, cinsel doyumsuzluk oldukça sık raslanan bir sorun olarak dile getirilmektedir. Araştırmalar cinsel doyum eksikliğinin, cinsel işlev bozukluklarından çok çeşitli cinsel güçlüklerle (yetersiz ön sevişme, zevke konsantre olamama gibi) daha yakından bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Genel olarak kadında ki cinsel işlev bozukluğu, cinsel doyumu, erkekteki cinsel işlev bozukluğundan daha fazla olumsuz yönde etkilemektedir.

3. Maskelenmiş Bozukluklar: Depresyon, çeşitli ilaçlar, bazı jinekolojik hastalıklar, anksiyete bozuklukları ve infertilite gibi durumlar cinsel işlev bozukluklarına neden olabilecekleri gibi mevcut cinsel işlev bozukluğunu da maskeleyebilirler. Bu tür durumlarda cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkarılması terapistin bilgi, beceri ve deneyimleri ile orantılıdır.

ERKEKTE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

A) Cinsel İlgi ve İstek Bozuklukları: Erkeklerde bu tür yakınma ile yapılan başvurular oldukça nadirdir. Bunun en önemli nedeni cinsel ilgi ve istek azalmasının sıklıkla erektil yetmezliğe yol açması ve erkeklerin daha çok erektil yetmezlik yakınması ile başvurmalarıdır. Bu tür başvuruların sıklığını azaltan bir başka etken ise erkeklerin her zaman ve her koşulda cinselliğe hazır olmaları gerektiği biçimindeki yanlış bilgi ve beklentilerdir. Bu yanlış bilgi ve beklentiler erkeğin yardım arama davranışı içine girmesine engel oluşturmaktadır. Erkekler bu tür bir sorunu cinsel ilgilerini partnerlerine oranla daha az olduğu biçiminde dile getirmeyi tercih etmektedirler. Cinsel ilgi ve istek azlığı birincil bir sorun olarak ortaya çıkmışsa öncelikle endokrin bozukluk (hipogonadizm gibi) yönünden incelenmelidir. Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de ikincil gelişen bir cinsel ilgi azalması daha çok eşler arasındaki genel ilişkinin doyurucu olmayışı ile ilgilidir. Ancak, depresyon veya diğer fizik hastalıklar erkeklerde kadınlardan daha fazla ikincil ilgi ve istek azalmasına neden olurlar. Cinsel ilgi ve istek azalmasından yakınan bir erkekte hormonal yönden incelemeler yapılmasında yarar olur.

B) Erektil İşlev Bozukluğu: Empotans, erektil yetmezlik ve ereksiyon kusuru gibi terimler çoğu kez birbirleriyle eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Erektil yetmezlik cinsel aktiviteyi tamamlamak için gerekli ereksiyonun oluşmasında veya sürdürülmesinde ortaya çıkan tekrarlayıcı ve inatçı yetersizlik olarak tanımlanabilir. Sınıflandırmada bir cinsel uyarılma bozukluğu olarak tanımlanmasına karşın cinsel ilgi ve istek azlığının sonucu olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Görülme sıklığı tanımlamaya (ereksiyon kusurunun oluşma sıklığına, oluşan sertliğin derecesine veya olması beklenen sertliğin eksiklik düzeyine) göre değişir. Tüm erişkin erkek popülasyonun % 10-20'sinde görülebilmektedir ve bu oran altıncı onyıldan sonra belirgin olarak artmaktadır. Tedavi amacıyla herhangi bir profesyonel yardım arama yoluna başvurmamış erkeklerin % 6'sında araştırma noktasında erektil yetmezlik saptanmıştır. Yaşamın herhangi bir diliminde aynı güçlüğü belirli bir süre için yaşamış erkeklerin oranı % 20'lere çıkmaktadır. Yaşamın herhangi bir döneminde benzeri bir güçlükle 1-2 kez karşılaşan erkeklerin oranı ise % 70-75'lere ulaşmaktadır. Bu oranlar erektil yetmezliğin ancak tekrarlayıcı ve inatçı özellikler gösterdiği zaman patolojik olarak kabul edilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Erektil Yetmezlik: Cinsel işlev bozuklukları arasında tedavi amacıyla başvuru nedenleri arasında en sık görülenidir. Masters ve Johnson'un grubunda bu oran % 55, İngiltere'de Hawton'un grubunda % 60, yazarın ünitesine başvuran grupta ise % 70'tir. Erektil yetmezlik organik kökenli cinsel işlev bozuklukları arasında en sık görülenidir. Farklı oranlardan söz edilmekle birlikte, bugün daha çok kabul edilen görüş; tıp ve teknolojinin gelişimiyle birlikte ereksiyon kusurlarının daha büyük bir kısmının kökeninde organik nedenlerin saptanabileceğidir. Ancak organik bir patolojinin saptanması, eşlik eden fonksiyonel bir komponentin varlığını dışlamadığı gibi bazen ayırıcı tanının yapılmasından önce mevcut olmayan psikojen komponentin devreye girmesine neden olabilir. Organik bir bozukluğun fonksiyonel bir komponenti olmaması düşünülemez. Erektil yetmezliğin nedeninin psikojen olduğunu belirtmenin güçlüğü öncelikle organik nedenlerin dışlanmasını gerektirmesindendir. Yardım talebinde bulunan bireyden alınan öykü çoğu kez bu ayrımı yapmakta yetersiz kalmaktadır. Öykü alırken mutlaka sorulması gereken sorular şunlardır:

- Ereksiyon hiç mi oluşmuyor, yoksa belirli bir noktada mı kayboluyor?
- Erektil yetmezlik ilk cinsel aktiviteden itibaren mi mevcut, yoksa presipitan olabilecek bir olayı izleyerek mi ortaya çıkmış?
- Erektil yetmezlik yavaş yavaş mı, yoksa aniden mi ortaya çıkmış?
- Ereksiyon sırasında şekil değişikliği oluyor mu?
- Sabah ereksiyonları var mı?
- Uygun yer, uygun zaman, uygun kişi gibi koşulların varlığında ereksiyon kusuru oluşuyor mu?

Yan etki olarak ereksiyon kusuru oluşturabilecek bir ilacın yakın geçmişte ya da halen kullanılıyor olması veya eşlik eden psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığında organik-fonksiyonel ayırımını yapmak daha da güçleşmektedir. Ayırıcı tanıyı daha da güçleştiren bir başka etken öykü ve diğer tüm tanı yöntemlerinin (penil doppler ultrasonografi, görsel cinsel stimülasyon, noktürnal penil tümesans gibi) kullanılmasına karşın, ereksiyon kusurlarının % 17'sinde ayırıcı tanının kesin olarak yapılmamasıdır. Kaldı ki bazı olgularda organik ve fonksiyonel etkenler birlikte rol oynamakta, bu olgularda organik ya da fonksiyonel etkenler mevcut patolojiyi yalnız başlarına açıklamakta yetersiz kalmakta ancak birarada açıklayabilmektedir.

Ereksiyon bozukluğunun depresyon ve anksiyete ile ilişkisine yönelik çeşitli görüşler vardır. Cinsel performans ile ilgili olumsuz düşünce biçimi ve beklentiler, depresyondaki olumsuz düşünce ve beklentileri çağrıştırmakta ve böylelikle depresyonla erektil bozukluk arasında çeşitli bağların kurulma-

sına neden olmaktadır. Gerçekten de depresyonda ereksiyon kusurları oldukça sık görülen belirtilerden biridir. Hangisinin diğerine neden olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte olumsuz bakış açısının, hem depresyona, hem de ereksiyon kusurlarına zemin hazırladığı bilinen bir gerçektir.

Noktürnal penil tümesans majör depresyonu olan kişilerde, olmayanlara oranla anlamlı oranda azalma göstermektedir.

Erektil bozukluğun ortaya çıkışında ve devamında en önemli psikojen etken performans ile ilgili olumsuz beklenti ve değerlendirmelerdir. Performans, başarıya ilişkin bir kavramdır. Bireyin performansının yetersiz olacağına ilişkin beklentisi ve yetersiz performans sonucunda ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ile ilgili düşünceleri zaman içinde yoğun anksiyeteye veya cinsellikten tamamen kopmaya kadar gidebilmektedir.

C) Erken Boşalma (Prematür Ejekülasyon): Erken boşalmanın fikir birliğine ulaşılmış bir tanımı yoktur. Masters ve Johnson erken boşalmayı tanımlarken, erkeğin boşalma süresinden çok eşinin orgazma ulaşıp ulaşmadığını temel ölçüt olarak almışlardır. Ancak böyle bir tanım erkeğin ejekülasyon süresini kontrol edememesiyle ilgili olabileceği gibi partnerinin orgazmla ilgili bir sorununu da yansıtabilir.

Erken boşalma, vaginal girişten önce, giriş sırasında veya girişten hemen sonra (1-3 dakika) olan boşalmadır. İlk kez ilişkiye giren genç erkeklerde sık görülür. Çoğu erkek daha sonraları boşalma süresi üzerinde bir kontrol geliştirir. Sorunun hafif yaşandığı durumlarda en iyi ölçüt cinsel birleşmenin her iki eş için tatmin edici olup olmadığının sorgulanmasıdır. Erken boşalma genellikle birincil bir sorundur. Çoğu kez hızlı yapılan mastürbasyon öyküsü vardır. Erken boşalma sorununun prognozu büyük oranda kadının bu duruma tepkisi ile belirlenir. Öfkeli ve suçlayıcı tutumlar, erkeğin kendine olan güvenini azaltarak boşalma süresinin daha da kısalmasına neden olabilir. Erkeklerin çoğu, cinsel ilişki sırasında dikkatlerini cinsellik dışı bir alana yönelterek sorunu çözmeye çalışırlar. Ancak böyle bir tutum çoğu kez işe yaramadığı gibi, cinsel birleşmeden alınan zevki de azaltır. Kullanılan çeşitli anestetik kremlerin etkisi gösterilememiştir. Ön sevişmeyi kısa tutarak sorunu çözme çabaları da yararlı olmamaktadır. Genç erkekler erken boşalmanın hemen ardından ikinci kez cinsel ilişkiye girerek mevcut sorunu bir süre kompanse edebilirler. Ancak yaş ilerledikçe ardarda ilişkiye girmek güçleşeceğinden sorun daha belirgin olarak ortaya çıkacaktır. Erken boşalma sorunu yaşayan erkeklerin partnerlerinde ikincil bir sorun olarak cinsel ilgi ve istek azalması ya da orgazm bozukluklarının ortaya çıkması şaşırtıcı değildir.

Erken boşalma, gerginlik, stres ve seyrek cinsel ilişki sonucu geçici ve ikincil bir sorun olarak ortaya çıkabilir. Kinsey ve arkadaşları, görüşme yaptıkları evli erkeklerden dörtte üçünün vaginal penetrasyonu izleyen ilk iki dakika içinde boşaldıklarını saptamışlardır. Yazarın ünitesine başvuran erkeklerde, erken boşalma, erektil yetmezlikten sonra ikinci sıklıkta görülen cinsel işlev bozukluğudur. Üniteye başvuran erkeklerin % 25'i erken boşalma sorunundan yakınmıştır. Yazarın ünitesinde erken boşalma sorunu çoğu kez erektil yetmezlik sorunu ile birlikte görülmektedir. Bu tür olgularda başvurular çoğu kez erektil yetmezlik yönünden yardım almak amacıyla yapılmakta, ancak incelendiğinde temel sorunun erken boşalma olduğu görülmektedir.

D) Boşalma Yetmezliği (Retarde Ejekülasyon): Boşalma ve orgazmı doğrudan etkileyen bu bozukluk oldukça nadir görülür. Kendisini, boşalmanın hiç olmaması (mastürbasyon, uyku ve cinsel ilişki sırasında), kısmen oluşması (mastürbasyonda oluşan ancak cinsel partnerle ilişkide gerçekleşmeyen boşalma) ya da oldukça uzun süren bir uyarılma veya cinsel birleşmeye rağmen ejekülasyonda gecikme ile gösterir.

Genellikle kendini bırakmakta güçlük çeken, aşırı kontrollü ve partnerlerine hostilite duyguları yaşayan erkeklerde görülen bir bozukluktur. Ancak boşalmanın hiç olmaması çoğu kez organik bir patolojiye işaret eder. Bazı ilaçların kullanımı boşalmayı geciktirebilmektedir. Ejekülasyon yetmezliği, retrograd ejekülasyondan farklı bir durumdur. Retrograd ejekülasyonda orgazm duyumu alınmakta ancak penisten dışarıya bir ejekülat oluşmamaktadır. Genellikle prostatektomi, diyabet, nöroleptik kullanımı gibi organik nedenlere bağlı ortaya çıkan bir sorundur. Mesanedeki iç sfinkterin aktivitesinin inhibe olması sonucu ejekülatın mesane içine atılması nedeniyle oluşur. Seminal sıvı içermesi nedeniyle idrarın bulanık gelmesi tanıda değerli bir bulgudur.

E) Ağrılı Boşalma ve Disparenü: Nadir görülen bozukluklardandır. Ağrılı ejekülasyon genellikle uretra, prostat ve mesane infeksiyonu gibi durumlarda oluşur. Bu tür sorunu olan erkekler ejekülasyon sonrasında peniste yanma hissinden yakınırlar. Bazen tamamen sağlıklı erkeklerde de ejekülasyon sonrasında penis başında aşırı duyarlılık ve ağrı olabilir.

Kaplan, ağrılı ejekülasyon veya ejekülasyon sonrası oluşan ağrıyı, erkeğin ejekülasyonla ilgili kaygısı nedeniyle perine kaslarında spazm oluşmasına bağlamıştır. Disparenünün nedeni çoğunlukla fiziksel olup, lokal bir infeksiyon veya frenulum yırtıkları buna neden olabilir. Yazarın ünitesine bu tür yakınma ile gelen erkeklerin oranı oldukça düşüktür.

F) Cinsel Fobi: Erkeklerde cinsel fobi çok nadir görülen bir durumdur. Erkekler çoğu kez cinsel fobiye benzeyen ancak, daha farklı bir durum olan performans kaygısı ile başvurmaktadırlar. Erektil yetmezliği olan erkeklerin önemli bir kısmı partnerlerindeki aşırı uyarılmışlıktan rahatsız olduklarından fobik kaçınma davranışları gösterebilirler.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ YAYGINLIK ORANLARI

Toplumda cinsel işlev bozukluklarının sıklığını saptamaya yönelik çalışmalar çeşitli metodolojik farklılıklar göstermektedir. Örneklem grubunun seçimi, araştırmaya yanıt verenlerin oranları, soruların ne şekilde sorulduğu, verilen yanıtların geçerliliği ve cinsel işlev bozukluğunun nasıl tanımlandığı veya algılandığı bu çalışmalarda ortaya çıkan yaygınlık oranlarını etkilemektedir. Ayrıca bir cinsel işlev bozukluğunun genel popülasyon içinde görülme sıklığı ile cinsiyet oranları arasında da farklılıklar vardır. Tablo 1'de İngiltere'de bir cinsel işlev bozukluğu merkezine yapılan başvurular ile ülkemizdeki 2 ayrı cinsel işlev bozukluğu merkezine yapılan başvurular karşılaştırılmıştır.

Yazarın ünitesine ereksiyon kusuru ile başvuran erkeklerin % 20'sinde organik etyoloji saptanmış, % 18'lik bir kısmında ise mevcut tanı yöntemleriyle yapılan tüm incelemelere karşın organik-fonksiyonel ayırımı net olarak yapılamamış, bir başka deyişle organik etyoloji dışlanamamıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar erkeklerde ereksiyon kusurlarının kadınlarda ise vaginismusun en sık yakınılan cinsel işlev bozuklukları olduğunu ortaya koymaktadır. Avrupa ve ABD'nde yapılan çalışmalar ise erkeklerde ereksiyon kusurunun kadınlarda ise cinsel ilgi ve istek azalmasının en sık yakınılan cinsel işlev bozuklukları olduğunu göstermektedir. Ancak ülkemizdeki merkezlere vaginismus sorunu olan kadınların daha çok başvuruda bulunmuş olmaları, vaginismusun ülkemizde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olduğunu düşündürmelidir. Büyük olasılıkla ülkemizde cinsel ilgi ve istek bozukluğu, Batı ülkelerinde olduğu kadar yaygındır. Ancak ülkemizde kadınlar ilgi ve istek azlığı ile ilgili sorunlarını Batılı kadınlar gibi açıkta dile getirmekte güçlük çekmektedirler. Oysa vaginismus gibi bir sorunun varlığında evliliğin devamı tehdit altına girmekte, hatta zaman zaman olanaksız bir noktaya gelmektedir. Vaginismus, evliliğin devamını tehdit eden boyutu, tedavi yönünden aciliyeti ve oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle en sık başvuru nedeni olmaktadır.

Tablo 1. Cinsel işlev bozuklukları tedavi merkezlerine yapılan başvuruların cinsel sorunun türlerine göre dağılımı.

Hawton 1985: İngiltere 7 yıllık sonuçlar		Kayır ve ark. 1990: İst. Tıp Fak. 2 yıllık sonuçlar		Sungur ve ark. 1997: Ank. Tıp. Fak. 3 yıllık sonuçlar	
Kadın (n=257)	**%**	**Kadın (n=76)**	**%**	**Kadın (n=282)**	**%**
Cinsel ilgi ve istek bozukluğu	52	Vaginismus	52	Vaginismus	60
Orgazm bozukluğu	19	Cinsel ilgi ve istek bozukluğu	25	Cinsel ilgi ve istek bozuklukları	25
Vaginismus	18	Orgazm bozukluğu	15	Cinsel ilgi ve istek bozuklukları+ orgazm bozuklukları	9
Disparenü	4	Disparenü	2	orgazm bozuklukları	5
Diğer	7			Disparenü	1
Erkek (n=258)	**%**	**Erkek (n=75)**	**%**	**Erkek (n=268)**	**%**
Erektil yetmezlik	60	Erektil yetmezlik	48	Erektil yetmezlik	35
Erken boşalma	16	Erektil yetmezlik+erken boşalma	22	Erken boşalma	30
Cinsel ilgi ve istek bozukluğu	12	Erken boşalma	20	Erektil yetmezlik+erken boşalma	13
Boşalmada gecikme	6	Cinsel ilgi ve istek bozukluğu	6	Cinsel ilgi ve istek bozukluğu	10
		Geç boşalma	2	Erektil yetmezlik+ cinsel ilgi ve istek bozukluğu	4
				Erektil yetmezlik+ erken boşalma+ cinsel istek bozukluğu	4
				Erken boşalma+ cinsel ilgi ve istek bozukluğu	3
				Geç boşalma	1

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ OLUŞUMUNDAKİ ETKENLER

Bir cinsel işlev bozukluğunun oluşumunda çoğu kez birden fazla etken rol alır. Yine çoğu kez bu etkenler mevcut durumun ortaya çıkmasına nedensel değil, katkısal rol oynarlar. Cinsel işlev bozukluklarının etyolojisinde fiziksel ve psikojen etkenler vardır. Fiziksel etkenler kendi içinde, a) fiziksel hastalığa bağlı olanlar, b) cerrahi bir girişim sonucu oluşanlar ve c) ilaçlara bağlı olanlar olmak üzere üçe ayrılırlar. Bir cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkışındaki mekanizmayı daha iyi anlamak için en iyi yol o bozukluğa yatkınlık oluşturan, ortaya çıkaran ve devam ettiren etkenleri anlamaktır.

Cinsel İşlev Bozukluğuna Yatkınlık Oluşturan Etkenler

- Yetiştirilme biçimi
- Bozuk aile ilişkileri
- Yetersiz ve yanlış cinsel bilgi
- Erken travmatik cinsel yaşantılar
- Psikoseksüel role uyumla ilgili güvensizlik duyguları

Cinsel İşlev Bozukluklarını Ortaya Çıkaran Etkenler

- Doğum
- Partnerler arasındaki genel ilişkide bozulma
- Sadakatsizlik
- Abartılı beklentiler
- Partnerde ortaya çıkan işlev bozukluğu
- Tesadüfi bir başarısızlık
- Yaşlanma
- Depresyon ve anksiyete
- Organik bir hastalığın ortaya çıkması
- Travmatik bir cinsel yaşantı
- Cinsel mitler

Cinsel İşlev Bozukluğunu Sürdüren Etkenler

- Performans kaygısı
- Başarısızlık beklentileri
- Suçluluk duyguları
- Partnerler arasındaki çekiciliğin kaybolması
- Partnerler arası iletişim bozukluğu
- Partnerler arasındaki genel ilişkide bozulma
- Yakınlaşma korkuları
- Yetersiz ve yanlış cinsel bilgiler
- Cinsel mitler

- Yetersiz ön sevişme
- Psikiyatrik bir bozukluğun varlığı

Cinsel İşlev Bozukluğunun Oluşumunda Fiziksel Etkenler

Fiziksel etkenlerle cinsel işlev bozuklukları arasında çeşitli bağlantılar vardır. Bunlar:

1. Fiziksel bir hastalık veya böyle bir hastalığa yönelik tedaviler, cinselliğin istek, uyarılma ya da orgazm aşamasındaki fizyolojik veya anatomik mekanizmaları bozabilirler. Örneğin hipofiz tümörleri, diyabet, rektal cerrahi girişimler bu tür etkiler yapabilir. Yine hareketleri sınırlayan eklem veya kas hastalığı da cinsel işlevleri bozabilir.

2. Fiziksel bir hastalık veya tedavisine koşut olarak ortaya çıkan psişik tepkiler cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir. Örneğin, bir miyokard infarktüsü veya mastektomiyi izleyerek ortaya çıkan psişik tepkiler cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyebilir.

3. Cinsel işlev bozukluğu, fiziksel ve psikolojik etkenlerin bir kombinasyonu olarak ortaya çıkabilir. Örneğin diyabetin erken döneminde ortaya çıkan periferik nöropati sonucu veya bir multipl skleroz sonucu oluşan hafif erektil yetmezlik, performans kaygısı ile birlikte, ciddi bir ereksiyon kaybına yol açabilir.

4. Önceden mevcut olan, ancak açık belirti vermeyen cinsel sorunlar bir hastalık veya ameliyatla gün ışığına çıkabilir.

5. Psikojen etkenlere bağlı cinsel işlev bozukluğu çeşitli fiziksel yakınmalarla ifade biçimi bulabilir. Örneğin cinsel ilgi ve istek azlığı disparenü yakınması ile kendini gösterebilir. Jinekologlara getirilen çeşitli fiziksel yakınmaların altında herhangi bir organik nedenin saptanamadığı durumlarda psikojen etkenler araştırılmalıdır.

Organik nedenlere bağlı olduğu düşünülen bir cinsel işlev bozukluğunun ne oranda altta yatan fiziksel patolojiye ve ne oranda bu fiziksel patolojiye ikincil olarak ortaya çıkan psişik etkenlere bağlı olduğunu kestirebilmek güçtür. Geçmişte organik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarının ayrımını anamnez aracılığı ile yapmanın kolay olduğu düşünülürdü. Bugün anamnezin böyle bir ayrımı yapmakta yetersiz kaldığı kesin olarak bilinmektedir. Ağır fizik hastalıklar veya bir cerrahi girişime verilen psişik yanıtları belirleyen etkenler şunlardır:

A) Fiziksel hastalığı olan bireyin tepkileri
   a) Başarısızlık beklentisi (mevcut durumun cinsel yaşamını bitirdiğine ilişkin inançlar)
   b) Zarar görme ve ağrı beklentileri (örn. cinsel aktivitenin mevcut kardiyak sorun nedeniyle ölümle sonuçlanacağı korkuları)
   c) Kendilik kavramının bozulması (örn. mastektomi, histerektomi veya bir amputasyon sonucu bireyin cinsel çekiciliğini yitirdiğine ilişkin düşünceleri)
   d) Depresyon (mevcut fiziki hastalık depresyon oluşturabilir)

B) Partnerin tepkileri
   a) Anksiyete (örn. mevcut fiziksel hastalığın cinsel yaşamlarını etkileyiş biçimini konuşmamaya bağlı olarak oluşan anksiyete)
   b) Suçluluk (örn. fiziksel hastalığı olan eşinden cinsellik beklemenin oluşturduğu suçluluk nedeniyle cinsel aktivitelerden kaçınma)

C) Çiftin ilişkisinin niteliği

a) Uyuşmazlık (örn. bazı çiftler fiziksel hastalığın eşleri birbirlerine daha çok yaklaştırdığını düşünse de, fiziksel hastalık öncesi uyum bozuksa, ilişki çoğu kez olumsuz yönde etkilenir)

b) Fiziksel hastalık öncesindeki cinsel uyumun bozuk olması

D) Tıp mesleği ve profesyonellerin yaklaşımı

a) Tartışmadan kaçınma (mevcut hastalığın cinsel yaşamı etkileyiş biçimini ele almama)

b) Yetersiz ve yüzeysel bilgilendirme (çiftin gereksinimlerini karşılayacak bilgiler yerine genel bilgi verme eğilimi)

Tablo 2. Çeşitli organik hastalıkların cinsel işlevleri etkileyiş biçimi.

Etkilenen sistem ve bozukluk	Oluşabilecek cinsel işlev bozukluğu
1. Kardiyovasküler Sistem	
– Arteriyoskleroz	EY
– Hipertansiyon	EY+EJY
– Miyokard enfarktüsü	Erkekte CİB
– Aortailiak oklüsiv hastalık	EY
2. Endokrin Sistem	
– Adrenal yetmezlik (Addison hastalığı)	Kadında CİB+OB Erkekte CİB
– Adrenal aktivitede artma (Cushing Sendromu)	Kadında CİB+OB Erkekte EY+CİB
– Diyabet	Erkekte yaşla artan EY RE+EY Kadında OB?+azalmış vaginal lubrikasyon
– Hipogonadizm	Erkekte CİB+EY+EJY Kadında menapoz+CİB+OB+ Disparenü+vaginal atrofi
– Hipofiz hastalıkları Hiperprolaktinemi Hipopitüiterizm	EY Erkekte CİB+EY+EJY Kadında CİB+OB
– Tiroid hastalıkları Hipertiroidizm	Erkekte CİB+nadiren hiperseksüalite+EY Kadın çoğu kez etkilenmez. Nadiren hiperseksüalite+CİB
Hipotiroidizm	Erkekte çoğu kez CİB+bazen EY Kadında çoğu kez CİB+bazen OB
3. Genito-Üriner Sistem Hastalıkları (Erkek)	
– Peyroni hastalığı	EY+ağrılı ereksiyon
– Priapizm	EY
– Prostatit	Ağrılı ejekülasyon+nadiren ağrılı ereksiyon
– Üretra infeksiyonları	Nadiren ağrılı ejekülasyon
– Veneryal hastalıklar	Nadiren ağrılı ejekülasyon

Genito-Üriner Sistem Hastalıkları (Kadın)	
– İmperfore himen	Disparenü+vaginismus
– Pelvik enflamatuvar hastalıklar (infeksiyon+endometriozis)	Derin birleşme sırasında disparenü
– Vaginitis	Disparenü (yanma biçiminde ağrı)
– Veneryal hastalık	Nadiren disparenü
4. Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	
– Artrit	Yakınlaşma ve cinsel birleşme sırasında mekanik güçlükler+yorgunluğa bağlı CİİB
5. Nörolojik Hastalıklar	
– Epilepsi	Özellikle temporal lob epilepsisi durumunda CİİB
- İnme	Kısa süre içinde EY ve CİİB düzelir. Ancak inme geçirenlerin yarısı cinsel ilişkiye girmeyi tercih etmez. Dominant hemisfer lezyonlarında CİİB
– Spinal kord lezyonları	Erkekte komplet lezyonlarda EY+EJY, bazen refleks ereksiyonlar. Kısmi lezyonlarda lezyonun yerine bağlı olarak değişir, özellikle alt lezyonlarda EJY görülebilir.
	Kadında komplet lezyonlarda OB
– Multipl skleroz	Erkekte EY Kadında CİİB?
– Kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz	Erkekte EY+CİİB Kadında CİİB
6. Solunum Sistemi	
– Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	Solunum güçlüğü nedeniyle cinsel aktiviteden zevk almada güçlük

EY = Erektil Yetmezlik
EJY = Ejekülasyon Yetmezliği
OB = Orgazm Bozukluğu
CİİB = Cinsel İlgi ve İstek Bozukluğu
RE = Retrograd Ejekülasyon

Tablo 3. Cerrahi girişimlerin cinsel işlev üzerine etkileri.

Cerrahi girişim biçimi	Etkilenebilecek cinsel işlev
1. Gastrointestinal Sistem	
– Rektal rezeksiyon	Erkekte yeni cerrahi yöntemlerle daha nadir görülse de EY+EJY Kadında disparenü oluşabilir.

2. Genito-Üriner Sistem	
– Prostatektomi	Sıklıkla EG+Pelvik sinirlerde hasar nedeniyle radikal perineal prostatektomi EY'e neden olabilir.
3. Jinekolojik	
– Epizyotomi	Disparenü+nadiren ikincil vaginismus
– Histerektomi	Genellikle cinsel uyumu kolaylaştırır, nadiren cinsel işlev bozukluğuna neden olur.
– Ooferektomi	CİB?+OB?+vaginal atrofi+disparenü
– Vaginal prolapsus	Disparenü
– Mastektomi	Olguların bir kısmında cinsel aktivitede azalma+zevk almada azalma
– Amputasyon	Bazı cinsel birleşme pozisyonlarının mekanik güçlük nedeniyle sınırlanması

Tablo 4. Bazı ilaçların cinsel işlevler üzerine etkileri.

İlaç	İlgi	Uyarılma	Orgazm
Antikolinerjikler			
– Probantin	-	EY	-
Antidepresanlar			
– Trisiklikler	↓	EY	Erkekte EG Kadında OB
– MAOI	-	EY	Erkekte EG Kadında OB
– Lityum karbonat	↓	EY	-
– SSRI	↓?	EY	? (tartışmalı)
Antihipertansifler			
1. Merkezi etki gösterenler			
– Metildopa	↓	EY	EG
2. Ganglion blokerleri	-	EY	EG veya EJY
3. Alfa blokerler			
– Indoramin	-	-	EJY
4. Beta blokerler			
– Propranolol	↓	EY	
5. Adrenerjik blokerler (guanefirlin, betanidin)	↓	EY	EG+EJY

Diüretikler			
– Spironolakton	↓ (jinekomasti oluşturabilir)	EY	-
– Tiyazidler	-	EY	-
Hormonlar			
– Kortikosteroidler	↓	EY	EG
– Östrojenler	↓ (erkekte)	EY	EG
Hipnotikler			
– Barbitüratlar	↓	EY	EG
Majör trankilizanlar			
– Fenotiyazinler		EY	
– Tiyoridazin	↓	EY	EG+bazen anejekülasyon
– Klorpromazin	↓	EY	-
Butirofenonlar			
– Haloperidol	-	EY	-

EG = Ejekülasyonda gecikme
EY = Erektil yetmezlik
EJY = Ejekülasyon yetmezliği

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA DEĞERLENDİRME

Tedaviye başlamadan önce yardım almak amacıyla başvuran birey ve çiftlerin dikkatlice değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme, terapiste, cinsel sorunun türü, nasıl ve neden geliştiği ve temelde organik bir patoloji olup olmadığı konularında fikir verebilmelidir. Mevcut sorunun formülasyonu ancak her iki partnerin özgeçmişi, cinsel gelişimi, cinsel bilgi ve tutumları konusunda bilgi sağlanmasıyla yapılabilir. Değerlendirme aşaması terapötik ilişkinin başladığı aşamadır. Terapistin rahat, güven verici, ilgili ve bilgilendirici tutumu çiftin anksiyetesinin azalmasını ve cinsel yaşamlarını daha rahat konuşabilmelerini sağlar. Cinsellikle ilgili bazı yanlış bilgi ve inançlarla ilgili düzeltici bir bilgilendirme bu aşamadan itibaren verilebilir. Birey veya çift tarafından tuhaf, anlaşılmaz, utanç verici ve değişmez olarak algılanan sorunların terapist tarafından anlaşılan, sık görülen ve tedavi edilebilen sorunlar olarak tanımlanması çifti oldukça rahatlatır ve terapötik etki sağlayabilir. Birey veya çift sorunun uzunca bir süreden beri mevcut olduğunu belirtmelerine karşın, sorunun çözümü ile ilgili olarak ilk kez başvuruda bulunuyorlarsa, neden bugün geldiklerinin iyi anlaşılması gerekir. Örneğin 10 yıldır erken boşalma sorunu olan erkek neden bugün gelmektedir? Birincil türde orgazm bozukluğundan yakınan kadın veya evliliğinin başından bu yana erektil yetmezlik yakınması olan bir erkek neden evliliklerinin beşinci yılında gelmektedir? Bu tür sorulara alınan yanıtlar mevcut cinsel sorunun aile yaşantısını nasıl etkilediği ve sorunun neden bugün getirildiği konusunda bilgi sağlayarak, çözüme nereden başlanacağı konusunda terapisti yönlendirebilir.

Değerlendirme aşamasında mutlaka anlaşılması gereken bir diğer konu, cinsel sorunu olan birey veya çiftin seks terapileri almaya uygun olup olmadıklarının incelenmesidir. Bu amaçla öncelikle

cinsellik dışı evlilik ilişkisinin niteliği konusunda bilgi edinmek gerekir. Evlilik içi sorunların belirgin olduğu çiftlerde seks terapileri çoğu kez başarısız olmakta, yarım kalmakta ve tamamlanamamaktadır. Bu bulgu, Batı ülkelerinde belirgin evlilik içi sorunların varlığında çiftin seks terapilerine alınmasının uygun olmayacağı kanaatini uyandırmıştır. Evlilik içi alanla, cinsel alan birbirinden izole sistemler değildir ve bu iki alan arasındaki etkileşimi yadsımaya imkân yoktur. Ancak bu gerçek evlilik içi sorunların varlığında, çiftin seks terapilerine kabul edilmemesi anlamına gelmemelidir. Yazar, seks terapileri ile evlilik terapilerini kombine ettiği bir çalışmasında, evlilik içi sorunların seks terapilerinin prognozunu olumsuz yönde etkilemediğini yalnızca terapi oturumlarının süresini uzattığını belirtmiştir.

Bu bulgu, ciddi marital sorunları olan çiftlerin seks terapilerine alınmasının mümkün olabileceğini, ancak bu tür durumlarda seks terapilerinin evlilik terapileri ile kombine edilmesi gerektiğini ve terapilere öncelikle evlilik içi alanı ele alarak başlamanın daha uygun olacağına işaret etmektedir.

Değerlendirmeye terapistin tercihine bağlı olarak eşler tek tek veya birlikte görülerek başlanılır. Ancak çifti oluşturan bireylerin öncelikle ayrı ayrı görülmesinin bazı avantajları vardır. Ayrı ayrı görüşme her bir eşe sorunu ne şekilde algıladıklarını ve sorunun ortaya çıkışı konusundaki bireysel görüşlerini aktarma fırsatı verir. Ayrıca eşlere daha önce birbirlerine aktarmaktan çekindikleri çok özel konuları bir terapistle paylaşma fırsatı verir. Bu görüşmeler sırasında alınan bilgilerin bir kısmı tedavinin gidişini etkileyebilecek ve hatta çiftin tedaviye alınıp alınamayacağına karar verdirtebilecek nitelikte olabilir. Örneğin eşlerden biri evlilik dışı bir ilişki içinde olduğunu belirtebilir. Böyle bir durumda seks terapilerine başlamak uygun olmayacaktır. Yine eşlerden biri homoseksüel bir ilişki içinde olduğunu veya cinsel sapma davranışı içinde olduğunu belirtebilir.

Bir başkası çocukluğunda aile üyelerinden biri tarafından cinsel tacize uğradığını aktarabilir. Bu tür durumlarda terapist mevcut bilginin tedavinin gidişini olumsuz etkileyebileceğini bilerek, terapiye başlama kararını her bir olguyu ayrı ayrı değerlendirerek vermelidir.

Değerlendirme aşamasında ele alınması gereken bir diğer temel konu mevcut sorunun kökeninin araştırılmasıdır. Sorunun kökeninde organik nedenler bulunabileceği gibi organik ve psişik nedenler aynı anda birlikte de bulunabilir. Cinsel işlev bozukluğu olan birey, psikiyatrist dışı bir hekim tarafından gönderilmiş olsa bile, ayrıcı tanı yönünden uygun tetkikler yapılmamışsa hemen sorunun psişik olduğuna karar verilmemelidir. Yazarın bir çalışmasında ereksiyon kusuru yakınmasının kökeninde organik patoloji saptanan olguların yarısının psikiyatrist dışı hekimler tarafından gönderildiği saptanmıştır.

Değerlendirme aşamasında araştırılması gereken bir başka konu, başvuran bireyin tedavi motivasyonunun hangi yönde olduğunun saptanmasıdır. Başvuru her zaman, seks terapileri alma yönünde bir motivasyon olduğunu göstermeyebilir.

Bazı bireyler seks terapilerinden çok, sorunlarını çözecek mucizevi bir ilaç arayışı içinde olabilirler. Böyle durumlarda hastaya açıklayıcı olmak ve onu terapiye motive etmeye çalışmak yerinde olur. Motivasyonla ilgili bir diğer önemli konu cinsel işlev bozukluğu olan bireyin eşini terapi oturumlarına getirmek isteyip istemediğinin araştırılmasıdır. Ülkemizde çoğu kez erkekler eşlerini tedaviye getirmeyle ilgili direnç göstermekte ve bunu "sorun benimle ilgili, onun bir sorunu yok" veya "siz ne yapacağımızı bana anlatın, ben eşime anlatırım" biçiminde rasyonalize etmektedirler. Bu tür durumlarda eşlerin birlikte gelmelerinin hem sorunun daha iyi anlaşılması, hem de tedavisi konusunda önemli yararlar sağlayacağı belirtilmelidir. Ayrıca her iki eşi ilgilendiren bir soruna yönelik ortak sorumluluk almayı öğrenmenin sorunu çözmek yönünden önemli olduğu da aktarılmalıdır. Değerlendirme aşamasında üzerinde önemle durulması gereken bir başka konu, cinsel işlev bozukluğu nedeniyle başvuran bireyin

yanı sıra partnerinde de ikincil gelişmiş bir cinsel işlev bozukluğu olup olmadığının araştırılmasıdır. Yazarın çalışmalarından birinde kadınlardaki vaginismus sorununa ikincil olarak erkeklerde cinsel ilgi ve istek azalması ve prematür ejekülasyon sorunlarının sık geliştiği saptanmıştır.

Cinsel işlev bozukluğu olan kadın gebe ise seks terapilerini ertelemek uygun olabilir. Gebelik, tedaviye yeterince motive olmayan kadınlar veya eşleri için ev ödevlerini yürütmekle ilgili iyi bir rasyonalizasyon nedeni olabileceği gibi, mevcut hormonal ve ruhsal değişiklikler de tedavinin gidişini olumsuz yönde etkileyebilir.

Değerlendirme aşamasında sık görülen bir durum da cinsellikle ilgili yanlış bilgi ve inançlardır. Yanlış bilgi ve inançlar beklentilerin abartılı olmasına ve bu nedenle mevcut performansın değersizleştirilmesine neden olabilir. Nadir de olsa bu tür yanlış bilgi ve abartılı beklentilerin değerlendirme aşamasında düzeltilmesiyle seks terapilerine gerek kalmadan sorun çözülebilmektedir. Yine bu aşamada çifti oluşturan bireylerin tedaviden beklentileri ayrı ayrı incelenmeli, gerçekçi olmayan beklentiler düzeltilmeli ve tedavi sonundaki hedefler çiftle birlikte ortak olarak belirlenmelidir. Aksi halde tedavi sonunda eşlerin benzer biçimde tatmin olmaları mümkün olamayacaktır.

Değerlendirme aşamasında bir başka konu ve güçlük, sorunların tanımlanması ve açıklanması sırasında kullanılan dille ilgilidir. Terapistin kullandığı dil çifte örnek oluşturur. Terapist, mümkün olduğunca anlaşılır bir dil kullanmalı, herkesin anlayamadığı bir kelime kullandığında, çiftin bu kelimeyi anlayıp anlamadığını araştırmalıdır. Özetle terapist cinsel alanda konuşmanın güçlüğünü anlayan bir tutum içinde, açık konuşabilmenin yararlarını aktarmalı ve çiftle ortak bir dil geliştirmeye çalışmalıdır.

Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin cinsel işlev bozukluğu yönünde yardım arayışı içine girmeleri oldukça sık görülen bir durumdur. Cinsel sorun altta yatan hastalığının kendisine, tedavide kullanılan ilaçlara, çeşitli sanrılara bağlı olabilir. Bu tür hastalara ancak hastalıklarının remisyonda olduğu ve tedaviye kooperasyon ve uyum sağlayabilecekleri dönemde yardımcı olunabilir. Bu koşullarda bile seks terapilerinin başarı şansının düşük olduğu bilinmelidir. Alkol bağımlılığı olan hastalarda öncelikle alkol sorununu ele almak ve başarılı bir abstinans döneminden sonra seks terapilerine geçmek daha uygun olur. Mevcut cinsel sorun depresyon veya anksiyete gibi göreceli olarak daha kolay tedavi edilebilecek bir bozukluğa ikincil olarak ortaya çıkmışsa öncelikle birincil hastalığın tedavisi tamamlanmalı ve gerek kalırsa seks terapileri uygulanmalıdır.

Cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi aşamasında atlanmaması gereken bir diğer konu bireyin ve çiftin yetiştiği kültür ve alt-kültürün özelliklerinin anlaşılmasıdır. Birey ve çiftin cinsel bilgileri, beklentileri ve özellikle cinsel değerleri yeterince anlaşılmadan onlara yardım edebilmek çok güçtür. Seks terapilerindeki sanat, mevcut yöntem ve tekniklerin bireyin ve çiftin özellikleri ve gereksinmelerine uygun olarak düzenlenebilmesiyle ilgilidir.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ

Cinsel işlev bozukluğu altta yatan organik bir nedene, cerrahi bir girişime, kullanılan bir ilaca veya eşlik eden bir ruhsal hastalığa bağlı olarak gelişmişse, tedavi, öncelikle altta yatan etkene yönelik yapılır. Burada unutulmaması gereken önemli nokta cinsel işlev bozukluklarının çoğu kez tek bir nedene bağlı olmadığıdır. Başka bir deyişle altta yatan nedenin tedavisi her zaman cinsel işlev bozukluğunun ortadan kalkması ile sonuçlanmayabilir. Her organik olayın psişik bileşenlerinin olabileceği gözönünde bulundurulmalı ve sorun bütüncül olarak ele alınmalıdır. Bu tür yaklaşım psikiyatri dışı çeşitli disiplinlerle yakın işbirliğini gerektirir.

Psikojen kökenli cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde seks terapileri olarak adlandırılan yaklaşım kullanılır. Bu yaklaşımın özünde cinsel işlev bozukluğunun türüne özgül olarak geliştirilmiş tekniklerin uygulanması söz konusudur. Tedavi cinsel sorunun türüne ve sorunu yaşayan birey ya da çiftin özelliklerine ve gereksinmelerine göre biçimlendirilir. Tedavi oturumları sırasında birey ve çiftlere sorunlarının çözümünde kullanabilecekleri teknikler ayrıntılarıyla anlatılır ve bir sonraki terapi oturumuna kadar yürütecekleri aktiviteler ev ödevleri biçiminde verilir.

Tedavideki hedefler doğrultusunda daha kolaydan daha zora doğru aşamalı biçimde yürütülen bu ev ödevleri sırasında bir aşama başarıyla tamamlanmadan bir sonraki aşamaya geçilmez. Birey ve çiftler kendilerine verilen ev ödevlerini uygularken karşılaştıkları güçlükleri bir sonraki terapi oturumunda terapistlere aktarırlar ve böylelikle karşılaşılan güçlüklerin aşılması da terapinin bir parçası durumuna getirilir.

Tedavide her oturuma bir önceki oturumdan bu yana olan gelişmeleri sorarak başlamak yerinde olur. Hiçbir gelişme yoksa bunun zaman zaman olabileceği belirtilmeli ve nedenleri araştırılmalıdır. Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde uygulanan programın hızı ve gidişi terapiste ve kuramlara göre değil tedavi alan çiftin gereksinmelerine göre ayarlanmalıdır. Bir aşamanın başarılı olarak tamamlandığına ilişkin karar verebilmek için yalnızca çiftin kendilerinden istenmiş olanları yapmış olmaları yetmeyebilir. Buna ek olarak eşlerin bu ödevleri yürütmekle ilgili kaygılarının da ortadan kalmış olması gerekir. Bazen çiftler ödevlerini yapmakta ancak bunu yalnızca bir görev gibi yürüttüklerinden yeterince haz alamamaktadırlar.

Tedavinin erken aşamalarında ortaya çıkan güçlükler aşılması daha kolay olanlardır. Tedavinin ilerleyen aşamalarında ortaya çıkan güçlük ve dirençler daha ağır ve zaman zaman daha dinamik yaklaşım gerektiren sorunlardır.

Cinsel işlev bozukluklarının tedavisine yönelik geleneksel yaklaşımlarla modern seks terapileri arasındaki köprünün temelleri Masters ve Johnson tarafından atılmıştır. Zamanla Masters ve Johnson'un seks terapileri çeşitli yönlerden eleştirilmiş ve orijinal tedavi programlarında önemli değişiklikler yapılarak bugün kabul gören ve uygulanan biçimini almıştır. Seks terapileri ile ilgili olarak bugün bilinen bir başka gerçek bu tür tedavilerin farklı cinsel işlev bozukluklarına aynı oranda etkili olmadığıdır. Gerek klinik uygulamalar, gerekse izleme çalışmaları cinsel işlev bozukluğunun türünün tedaviden alınan sonuçları etkilediğini göstermektedir. Özellikle düşük veya azalmış cinsel ilgi ve istek bozukluğu tedaviye daha dirençli olabilmektedir. Cinsel işlev bozukluğunun türü dışında tedavinin sonuçlarını yordayan başka etkenler de saptanmıştır. Bunlar:

1. Genel evlilik ilişkisinin niteliği ve çifti oluşturan eşlerin birbirleriyle uyumu,
2. Cinsel işlev bozukluğuna eşlik eden başka tür psikopatolojilerin varlığı,
3. Çiftin ve özellikle erkeğin seks terapileri alma yönünde motivasyonu,
4. Tedavinin erken dönemlerinde, özellikle ilk üç terapi oturumunda ev ödevlerine uyum ve iyileşme belirtilerinin görülmesi.

Ayrıca mevcut cinsel işlev bozukluğunun süresi de sonuçları etkileyebilmektedir. Sorunun varoluş süresi uzadıkça, cinsel alandaki çatışmaların evlilik içi alana yansıma olasılığı artar. Bu nedenle evlilik yaşantısı olumsuz etkilenmeden sorunun ele alınmasında yarar vardır. Seks terapileri eşlerin birlikte yürütecekleri ödevler üzerine kurulu olduğundan, eşlerin bu ödevleri yürütebilecekleri uygun bir ev ortamının bulunması özellikle ülkemiz insanları yönünden önem taşımaktadır. Mevcut cinsel sorunun geniş aile tarafından bilindiği, eşlerin baskı altına alındığı ve kalabalık geniş aile ile birlikte yaşanan [illegible] gözlenmekte ve güçlesmektedir.

Seks terapileri olarak bilinen yaklaşımın özünde cinsel işlev bozukluğunun türüne özel geliştirilmi yöntemlerin varlığının bilinmesi, seks terapilerinin, bazı özel tekniklerin, belirli cinsel işlev bozuklukla rına sistematik bir biçimde uygulanmasından ibaret yaklaşımlar olduğunu düşündürmemelidir Sorunun türü aynı da olsa, her birey veya çiftteki seyri ayrı olacaktır. Başka bir deyişle tüm birey v çiftlerin cinsel sorunlarına aynı biçimde faydalı olabilecek "standart" veya "paket" tedavi programla olamaz. "Hastalık yok, hasta vardır" ilkesini benimsemiş ve özümsemiz terapistler mevcut terapöti teknikleri, yardım almak amacıyla gelen birey veya çiftin özellikleri ve gereksinmelerine uygun bi biçimde düzenleyip değiştirebilen terapistlerdir. Aynı nedenle, kim ararsa arasın aynı yanıtı vere 900'lü telefonlarla bir cinsel işlev bozukluğunun tedavisi mümkün değildir. Ülkemizde uygulamad olan bu 900'lü hatlar genellikle bilgi verme, yanlış bilgileri düzelme gibi amaçlarla kullanıldığında dah yararlı olabilirler.

CİNSEL EĞİTİMİN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDAKİ ROLÜ

Cinsel işlev bozukluklarının gerek oluşumunda, gerek ortaya çıkışında ve gerekse süregenleşmesin de, bilgi eksikliği, yanlış bilgi ve inançların önemi günümüzde kesin olarak bilinmektedir. Bilgileri eksik ya da yanlış oluşu, beklentileri etkilemekte, hatalı ve abartılı beklentiler ise bireyleri gereksiz bi panik içine sokabilmektedir. Bu nedenle cinsel alanda uygun bir bilgilendirme ülkemizde ivedilikle el alınması gereken önemli bir sorun kaynağı olarak çözüm beklemektedir. Uygunsuz çeşitli magazi literatürü ve 900'lü hatların ortaya çıkışı böyle bir eksiklikten kaynaklanmaktadır. Ancak cinsel bilg eksikliğini yalnızca halk düzeyinde görmek yanlış olur.

Çeşitli disiplinlerde çalışan hekimlerin ve daha da önemlisi ileride hekim olacak tıp öğrencilerini eğitim programları içine "Cinsel Yaşam ve Cinsel İşlev Bozuklukları" gibi bir konunun mutlaka alınma gerekmektedir. Cinsel yönden sorunu olan ve bu sorununu danışmak isteyen bireylerin böyle bi yardımı bir hekimden talep etmeleri en temel hasta haklarından biridir.

Halk düzeyinde bir eğitim ancak tıp öğrencilerine verilen bir eğitimin ardından düşünülebilir. Böyl bir eğitim daha başka kurumların devreye girmesini ve daha ayrıntılı bir planlamayı gerektirir. Halk dönük bir eğitim öncelikle eğiticilerin kendilerinin standart bir eğitimden geçmelerini gerektirecektir.

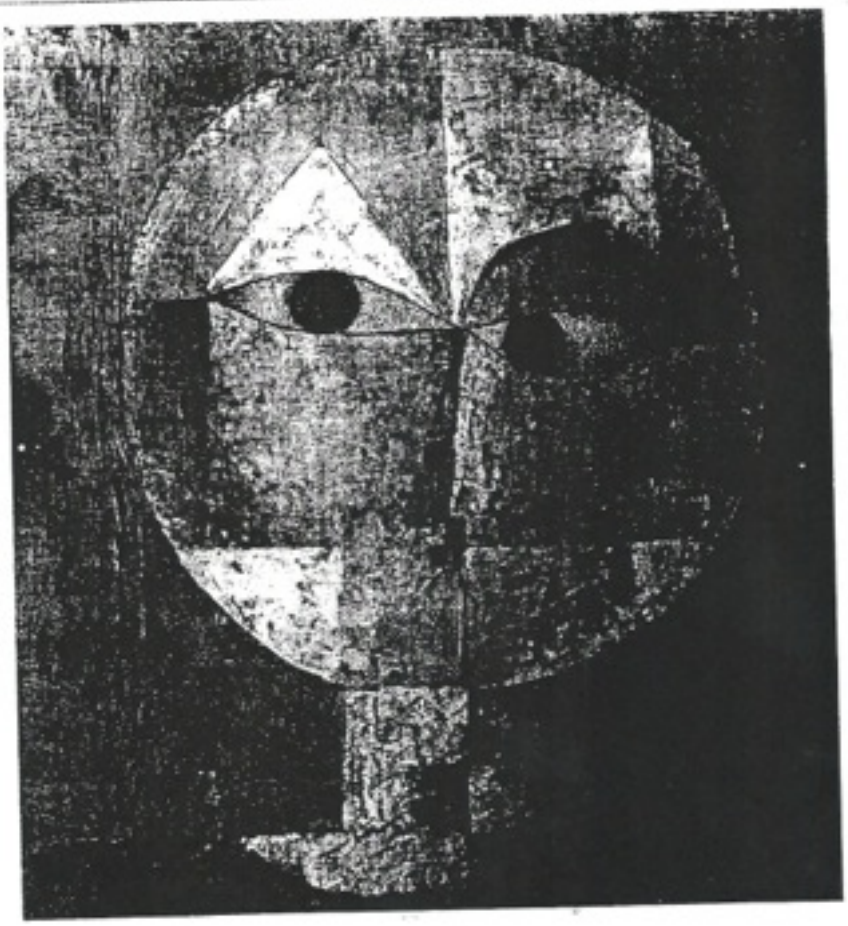
Kaynaklar

1. Bancroft J: Human Sexuality and Its Problems, 2'nci baskı. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1989.
2. Bhugra D, de Silva P: Sexual dysfunction across cultures. Int Rev Psychiatry 5: 243-52, 1993.
3. British Medical Journal: Drugs and male sexual function. British Medical Journal 2: 883-4, 1979.
4. Catalan J, Bradley M, Gallwey J, ve ark.: Sexual dysfunction and psychiatric morbidity in patients attending a clinic fo sexually transmitted diseases. Br J Psychiatry 138: 292-6, 1981.
5. Cole M, Dryden W: Sex Therapy in Britain. Open University Press, Milton Kegnes, 1988.
6. Crowe MJ, Ridley J: Therapy with Couples. Oxford University Press, Blackwell, 1990.
7. de Silva P: Psychological treatment of sexual problems. Int Rev Psychiatry 6: 163-73, 1994.
8. Gillan P: Cinsel Sorunlar ve Tedavisi Elkitabı. Çev: E. Eker, M. Özmen, E. Özmen, 1'inci baskı. Menteş Kitabev İstanbul, 1993.
9. Hawton K: Sex Therapy: A Practical Guide. Oxford University Press, Oxford, 1985.
10. Kaplan HS: The Illustrated Manual of Sex Therapy, 2'nci baskı. Brunner/Mazel, New York, 1987.
11. Kayır A: Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Editörler: E. Adam, R. Tükel, O. Yazıcı, "Psikiyatri". İstanbul Tıp Fakültes Basımevi, İstanbul, 1995.
12. Sungur MZ, Demirkol A, Çetin İ, Fenerci B: Cinsel işlev bozuklukları değerlendirme ve tedavi merkezine başvuran 35 olgunun, özellikleri ve tedavinin sonuçlarına yordayan etkenler. I. Cinsel İşlev ve Fertilite Bozuklukları Ulus Sempozyumu'nda sunulmuştur ve yayınlama aşamasındadır, 1996.

13. Sungur MZ: Difficulties encountered in sex therapy. British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapy 25th anniversary Conference Abstract Book, 1997.
14. Sungur MZ: Evaluaiton of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognastic factors in sexual and marital therapy. Sexual and Masital Therapy 9(3): 251-265, 1994.
15. Sungur MZ: Kadında cinsel işlev bozuklukları. 3P (Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji) Dergisi 2(3): 7-13, 1994.
16. Sungur MZ: Seks terapi uygulamaları sırasında karşılaşılan güçlükler. 3P (Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji) Dergisi 2(3): 37-44, 1994.
17. Sungur MZ: Seks terapilerinin dünü, bugünü ve yarını. Türk Psikiyatri Dergisi 4(3): 195-201, 1993.
18. Sungur MZ: Sexual dysfunctions and infertility: Conference report. Sexual and Marital Therapy 12 (2): 183-4, 1997.
19. Tuğrul C: Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi. 3P (Psikiyatri, Psikoz, Psikofarmakoloji) Dergisi 2(3): 20-8, 1994.
20. Yetkin N, İncesu C: 51 Olguda Seks Terapi Sonuçları. I. Cinsel İşlev ve Fertilite Bozukluklan Ulusal Sempozyumu'nda sunulmuştur, 1996.
21. Zilbergeld B: Men and Sex. Little Brown Fontana Publications, Boston, 1978.

PSİKİYATRİ

Temel Kitabı



Editörler

Prof. Dr. Cengiz GÜLEÇ

Prof. Dr. Ertuğrul KÖROĞLU

hyb

PSİKİYATRİ
TEMEL KİTABI
Cilt 2

Yayın Hakları © 1998, Hekimler Yayın Birliği

Her türlü yayın hakkı saklıdır.

Yazılı izin alınmadan alıntı yapılamaz.

Yayımlayan
Hekimler Yayın Birliği

Yönetim Yeri ve İletişim Adresi
Bilkent Plaza A3 Blok 21-24
Bilkent, 06533 Ankara
Tel : (312) 266 55 66
Faks : (312) 266 55 76-77

MedicoGraphics® ofset baskı tesislerinde basılmıştır.

MedicoGraphics® Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri
Meşrutiyet Caddesi, Bayındır-2 Sokak 62
Kocatepe, 06640 Ankara
Tel: (312) 419 31 48
Faks: (312) 419 31 49

MedicoGraphics®, *Hekimler Yayın Birliği'nin bir yan kuruluşudur.*

İçindekiler

Cilt 2

Bölüm 38: Dissosiyatif Bozukluklar 569
Prof. Dr. Vedat Şar

Bölüm 39: Yapay Bozukluklar 591
Prof. Dr. Ercan Abay

Bölüm 40: Temaruz (Simülasyon) 599
Prof. Dr. Salih Battal, Y. Doç. Dr. Nahit Özmenler

Bölüm 41: Cinsellik ve Cinsel İşlev 605
Prof. Dr. Hamdullah Aydın

Bölüm 42: Cinsel İşlev Bozuklukları 617
Doç. Dr. Mehmet Sungur

Bölüm 43: Parafililer ve Ensest 639
Psk. Dr. Zeynep Gülçat

Bölüm 44: Cinsel Kimlik ve Cinsel Yönelim Bozuklukları 651
Psk. Dr. Zeynep Gülçat

Bölüm 45: Yeme Bozuklukları 661
Prof. Dr. Saynur Canat

Bölüm 46: Uyku ve Psikofizyolojik Süreçler 673
Prof. Dr. Hamdullah Aydın, Prof. Dr. İsmet Karacan

Bölüm 47: Uyku Bozuklukları 681
Prof. Dr. Hamdullah Aydın, Doç. Dr. Fuat Özgen

Bölüm 48: Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrolü Bozuklukları 697
Y. Doç. Dr. Aytül Çorapçıoğlu

Bölüm 49: Uyum Bozuklukları 717
Y. Doç. Dr. Mustafa Yıldız

Bölüm 50: Kişilik Bozuklukları 723
Prof. Dr. Soli Sorias

Bölüm 51: *Borderline* Kişilik Bozukluğu 751
Prof. Dr. Vamık Volkan