

Ginsel İşlev Bozuklukları

Sexual Dysfunctions

Özge ÇERİ,^a
Dr. Ayşegül YILMAZ,^a
Dr. Atilla SOYKAN^a

^aPsikiyatri AD,
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
ANKARA

Yazışma Adresi/*Correspondence*:
Dr. Ayşegül YILMAZ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD,
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD,
ANKARA
aysgulyilmaz@yahoo.co.uk

ÖZET Cinsel yanıtların hem biyolojik (vasküler, hormonal, nörolojik) hem de psikik faktörlerden etkilenen fizyolojik bir döngüsü vardır. Bu nedenle cinsel işlev bozuklukları, bireyin tatmin edici cinsel aktivite, cinsel birleşme ya da orgazm yaşamasını engelleyen fizyolojik, bilişsel – duygusal ya da davranışsal problemler olarak çok geniş bir spektrumda tanımlanabilir. Bu makalede cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması, değerlendirilmesi ve tedavisi biyo-psiko-sosyal yaklaşım içinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Cinsel işlev bozuklukları, psikolojik; psikosomatik tıp

ABSTRACT Sexual responses have a physiological cycle which is affected from both biological (vascular, endocrinal, neurological) and psychic factors. Therefore sexual dysfunctions can be broadly defined as physiological, cognitive – affective or behavioral problems that prevent an individual from engaging satisfactory sexual activity, intercourse or orgasm. This article presents a bio-psycho-social approach to the description, assessment and treatment of sexual dysfunctions.

Key Words: Sexual dysfunctions, psychological; psychosomatic medicine

Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2008, 1(2):71-78

Psikosomatik hastalıklar ruhsal ve bedensel bulguların birbirini tamamlayıp bütünleştikleri, oluşumunda psikososyal stresler ve ruhsal çatışmaların önemli rol oynadığı bedensel hastalıklardır.

Psikosomatik bozukluklar arasında her yönüyle psikofizyolojik etkilenmeler ve tepkilerle oluşan cinsel yaşamımızın da çok önemli bir yer tuttuğunu ifade etmek gerekir. Nitekim cinsel yanıtların fizyolojik bir döngüsü vardır ve bu döngünün sağlıklı işleyişi, çeşitli biyolojik (vasküler, hormonal, nörolojik) ve psikik etkenlerin karşılıklı ve uyumlu bir etkileşimini gerektirir. Günümüzde pek çok psikolojik stresörün kişinin cinsel etkinliğe olan ilgisine ya da cinsel tepkiler verme becerisine zarar verdiği ve cinsel yanıtların fizyolojik döngüsünü bozarak cinsel işlev bozukluklarına (CİB) neden olduğu açık bir şekilde bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında cinsel yaşamımız baştan sona kadar psikosomatik tıbbın en önemli konularından birini oluşturmaktadır.

■ CİNSEL İŞLEVLER VE STRES TEPKİSİ

Herhangi bir psikolojik stresörün cinsel yaşam üzerindeki ketleyici etkisi, en basit şekliyle, stres tepkisinin fizyolojik mekanizmasıyla açıklanabilir. Örneğin normal

koşullar altında, erkeklerde beyin LHRH (luteinizing hormone releasing hormone / luteinizing hormon salgılayıcı hormon) salgılayarak LH (luteinizing hormone / luteinizing hormon) ve FSH (follicle-stimulating hormone / folikül uyarıcı hormon) salınımını sağlayan pitüiter bezini uyarır. LH ise testosteron salgılaması için testisleri uyararak sperm üretimini sağlar. Bir stres etmeni ile tüm bu sistem engellenir. Stresli bir durumda endorfin ve enkefalin hormonları, hipotalamustan LHRH'ın salgılanmasını engeller böylece LHRH yoğunluğu azalır ve kısa bir süre sonra da bunu LH ve FSH'ın azalması izler. Sonuç olarak testislerin çalışması olumsuz yönde etkilenerek, testosteron düzeyinde bir azalma meydana gelir. Ayrıca stres sırasında salgılanan glukokortikoidlerin de testislerin LH'ya yönelik tepkisini bloke ettiği bilinmektedir. Bu durumun açık kanıtlarına fiziksel stres sırasında da ulaşılmaktadır. Yapılan çalışmalar, yaralanma, açlık, ameliyat gibi durumlarda testosteron düzeyinin düştüğünü göstermiştir. Aynı şekilde insanlara ve maymunlara stresli bir öğrenme görevi verildiğinde, testosteron düzeyinin azaldığı görülmüştür.¹ Stres tepkisinin, cinsel yanıtlar üzerindeki bozucu etkisi, ereksiyon sırasında da ön planda izlenmektedir. Ereksiyon çok karmaşık, otomatik olarak işleyen, fizyolojik bir olaydır ve ereksiyonda parasempatik sinir sistemi işlevseldir. Bu durumda penise giden kanda artış olur, kanın dışarı çıkması engellenir böylece penis kanla dolar ve sertleşir. Stres tepkisi sırasında ise sempatik sinir sistemi devrededir; bu durumda parasempatik sistem devre dışı kaldığından ereksiyonun gerçekleşmesi sıkıntı haline gelir. Böyle durumlarda erektil bir bozukluk söz konusu olabileceği gibi eğer ereksiyon durumunda kişi kendini kaygılı ya da sıkıntılı bir halde bulursa büyük ihtimalle parasempatikten sempatik sisteme hızlı bir geçiş oluşacak ve erken boşalma meydana gelecektir.¹

Cinsel yanıtların fizyolojik döngüsünü bozan bu psikolojik stresörlerin neler olduğu, cinsel işlev bozukluklarının (CİB) etiyojisi başlığı altında ele alınacaktır. Ancak daha önce çeşitli kuramların, CİB'nin etiyojisine ilişkin açıklamalarından ve günümüzdeki sınıflandırma sisteminden kısaca söz etmenin yararlı olacağı düşünülmektedir.

KURAMSAL TARİHÇE

1950'li yıllarda Freud'un psikanalitik kuramının etkisiyle CİB'nin, erken çocukluk yaşantılarından, psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar nedeniyle ortaya çıkan derin çatışmalardan, odipus / elektra kompleksinden ya da kastrasyon anksiyetesi gibi nedenlerden kaynaklandığı görüşü hâkim olmuştur.^{2,3}

Freud'un ego psikolojisine göre insan insana bağlanma ve iç – içelik yaşantısı olan cinsel haz, bilinçdışı ve haz ilkesine göre çalışan alt-benlikle (id) beslenmektedir. Alt benliğin bu hazza yönelik isteği, kimi insanlarda (psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, odipus / elektra kompleksi... gibi nedenlerle) ego tarafından bir zorlanma, bir tehlike olarak algılanır ki bu da egonun sarsılmasına ve kişinin kaygı hissetmesine yol açar. Kişi bu kaygılı duruma düşmektense cinsel ketlenme yoluyla bu kaygıdan kurtulma yoluna gider yani cinsel ketlenmeler bir savunma ve sığınma biçimi, kaygıdan kaçış yolu haline gelir. Freud'a göre üst benliğin (süperego) dinden, ahlaktan, gelenek görenekten ve tüzel etkilerden gelen "yasaktır, ayıptır, günahıdır" biçimindeki engellemeleri de bu kaygının oluşumunda bir diğer önemli faktör olarak ortaya çıkmaktadır.⁴

Psikanalitik kuramda, cinsel sorunların odipal çatışmanın yetersiz çözümünden kaynaklandığını ileri süren teori ise cinsel uyarılma / orgazm güçlükleri yaşayan bir kadın örneğiyle açıklanabilir. Kurama göre bu kadın odipal dönemde babası ile cinsel ilişkiye girmek istemiş ve bu nedenle annesiyle rekabet haline girmiştir ama aynı zamanda, başarılı olursa annesinin kendisini ağır biçimde cezalandırmasından da korkar. Yetişkin hayatta ise, kocası babasını sembolize eder ve kocasıyla olan ilişkisinde orgazma ulaşması, kadın için annesiyle girdiği mücadeleyi "kazanmak" anlamına gelir. Dolayısıyla Freud'a göre kadının orgazmik inhibisyonu, bu bilinç dışı ruhsal çatışma tarafından belirlenmiştir ve tedavide bilinçaltı çatışmaların çözülmesini hedef alan psikanalitik yaklaşımlı terapilerin uygulanması gerekmektedir.⁵

Temellerini psikanalitik kuramdan alan bağlanma kuramında ise evlilik dışı bir ilişki gibi dış etmenler söz konusu olmadığında, cinsel istek ketlenmesinin, partnerlerden birinin diğerini karşı cinsten ebeveyni yerine koymasından ve çocukluk döneminden taşınmış olan bağımlı – düşman eğilimlerin yetişkin ilişkilere aktarılarak yaşanmasından kaynaklandığı öne sürülmüştür.⁶

Çocukluk bağlanma stilleri ve yetişkinlikte kurulan ilişki biçimleri arasındaki bağı en açık biçimde ortaya koyan veriler ise 30 yıllık bir izlem çalışması sonucunda elde edilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre babalarıyla soğuk ve mesafeli ilişkileri olduğunu bildiren erkeklerin babalarıyla güvenli ve sıcak ilişkiler içinde olan diğer erkeklere oranla bunu izleyen 30 yıl içinde daha sık partner değiştirdikleri ve rasgele cinsel ilişkiye girme eğilimlerinin daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır.⁷

1960'lı yıllardan itibaren, tüm diğer davranışlar gibi cinsel davranışların da öğrenildiği ve CİB'i olan kişilerin cinsel uyarılara yanlış tepkiler vermeyi öğrenmiş oldukları görüşü ortaya çıkmıştır. Öğrenme kuramcılar, CİB'i bireyin cinsel bir duruma karşı verdiği koşullu anksiyete tepkisi olarak kavramlaştırmışlardır. Örneğin, masturbasyon yaparken annesi tarafından yakalanan ve annesinin iğrenme ya da öfke tepkisiyle karşılaşan bir erkek çocuk klasik koşullanmayla, cinsel uyarılmaya yol açan uyarıcı ile utanma ya da kaygı arasında bir bağlantı geliştirir. Bu kaygı beklentisinin ise, cinsel ilişki esnasında ereksiyonu sürdürme becerisini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu görüşe paralel olarak CİB'nin tedavisinde, derin kas gevşetme ve sistematik duyarsızlaştırma gibi anksiyeteyi azaltmaya yönelik davranışçı terapi yöntemlerinin yararlarına odaklanılmıştır.^{2,3,5}

1960'ların sonunda ve 1970'lerin başında Masters ve Johnson, cinsel işlevler açısından normal olarak değerlendirilen 700 kadın ve erkekte oluşan bir örneklem üzerinde çalışmışlar ve bu çalışmanın sonuçlarını İnsanın Cinsel Tepkisi (Human Sexual Response) adlı kitapta toplamışlardır. Burada cinsel tepki döngüsünün üç aşamasını cinsel istek, uyarılma ve orgazm olarak kavramlaştıran yazarlar ikinci çalışmaları olan İnsanın Cinsel Yetersizliği'nde (Human Sexual Inadequacy) ise CİB'i bu üç aşamadan birinde ya da bir kaçında meydana gelen aksaklıklar olarak tanımlamışlardır. Bu iki önemli çalışmayla birlikte o yıllarda büyük bir hızla ilerleyen tıp alanı için, çoğu cinsel probleme yönelik modern seks terapisi yaklaşımının temelleri atılmıştır.⁸

Masters ve Johnson'un yaklaşımı yine davranışçı bakış açısına dayanmakta, ancak psikoanalitik ve diğer davranışçı yaklaşımlardan farklı olarak çifte ve çift arasındaki ilişkilere de odaklanmaktadır. Onlara göre çoğu CİB'nin sebebi performans anksiyetesi, danışma ve iletişim yetersizlikleri ve cinsel aktivite boyunca bir "seyirci" rolünde olma varsayımı idi. Böylece tedavide, cinsel eğitim, eşler arasındaki iletişim biçimleri, işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde rol oynayan hatalı davranışlar üzerinde çalışılması gerekliliği gündeme gelmiştir.²

TANI VE SINIFLANDIRMA

Cinsel işlevin fizyolojik döngüsü, erkekler ve kadınların her ikisine özgü dört safhaya ayrılabilir: *Cinsel istek safhası* kişinin cinsel uyarılmaya yol açacak deneyimlere yaklaşma ya da ilgilenme isteğini yansıtır. *Uyarılma safhasında* kişi cinsel uyarılmaya cinsel organ bölge-

sinde artış gösteren kan akışıyla yanıt vermeye başlar. Bu kan hücumu erkekte ereksiyona, dişide ise ıslanma ve kayganlaşmaya (lübrikasyon) yol açar. Uyarılma safhasında hızlı nefes alıp verme, kalp atışlarında ve kan basıncında artış gibi çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler en yüksek yoğunluğa çok kısa, istemsiz bir tepki olan *orgazm safhasında* ulaşırlar. Erkeklerde orgazm safhası, idrar yolunda (urethra) sperm ve seminal sıvı toplanmasıyla başlayan ve boşalmayla (ejekülasyon) son bulan iki safhadan oluşur. Kadınlarda orgazm safhası, vajinanın ağzına yakın üçte birlik bölümde ritmik kasılmaları beraberinde getirir. Öznel açıdan, orgazm safhası fiziksel zevkin doruğa ulaştığı noktadır. Orgazm safhasını hızlı bir gerilim dağılımı izler, *çözülme safhası* olarak bilinen bu dönem vücut işlevlerinin normal dinlenme durumuna döndüğü safhadır. Buna göre CİB insan cinsel tepki döngüsünün herhangi bir safhasındaki engellenme bağlamında tanımlanır.⁵ Bu yazıda, CİB'e ilişkin farklı sınıflandırma anlayışları arasından DSM-IV sisteminin temel alınması tercih edilmiştir. Bu sınıflandırma sisteminde semptomlar kalıcı ya da tekrarlayıcı, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası güçlüklereden olduğu takdirde CİB tanısı konulmaktadır. DSM-IV-TR'de CİB Tablo 1'deki gibi sınıflandırılır.⁹

Bu sınıflandırmaya ek olarak DSM-IV-TR'de eğer sorun, bireyin ilk cinsel deneyiminden itibaren yaşıyorsa *birincil (yaşam boyu)* CİB'nin varlığından söz edilir. *İkincil (edinsel)* CİB'de bireyin cinsel yaşamında herhangi bir CİB'nin bulunmadığı doyurucu bir dönem bulunmaktadır ve sorun daha sonra ortaya çıkmaktadır. *Durumsal* CİB'de ise sorun belirli ortamlarda oluşurken, başka ortamlarda (örneğin masturbasyon sırasında) yaşanmaz. Eğer cinsel sorun, ortamdan bağımsız olarak ve her türlü cinsel aktivite sırasında ortaya çıkıyorsa *yağın* CİB'den söz edilir.

TABLO 1: Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması (DSM-IV-TR).

Erkek		Kadın
Cinsel istekte azalma bozukluğu	Cinsel İstek Bozuklukları	Cinsel istekte azalma bozukluğu
Cinsellikten tiksime bozukluğu		Cinsellikten tiksime bozukluğu
Eretil bozukluk	Cinsel Uyarılma Bozuklukları	Cinsel uyarılma bozukluğu
Orgazm bozukluğu Prematür Ejakülasyon	Orgazma İlgili Bozukluklar	Orgazm bozukluğu
Disparoni	Cinsel Ağrı Bozuklukları	Disparoni
		Vajinismus
	Genel Tıbbi Duruma Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları	
	Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel İşlev Bozuklukları	

CİNSEL İSTEK BOZUKLUKLARI

CİNSEL İSTEKTE AZALMA

(HİPOAKTİF CİNSEL İSTEK) BOZUKLUĞU

Cinsel ilgi ve istek azalması primer bir sorun olarak ortaya çıkmışsa etiyolojide öncelikle endokrin (hormonal) bozukluk araştırılmalıdır. Her iki cins için de sekonder gelişen bir cinsel istek azalması daha çok bireyin partneri veya eşi ile genel ilişkisinin doyurucu olmayışı ile açıklanabilir.¹⁰

Erkeklerde bu tür yakınma ile yapılan başvurular oldukça nadirdir. Bunun en önemli nedeni cinsel ilgi ve istek azalmasının sıklıkla erektil işlev bozukluğuna (uyarılma bozukluğuna) neden olması ve erkeklerin daha çok erektil yetmezlik yakınması ile başvurularındır. İlgi ve istek bozukluğu ile başvuruların sıklığını azaltan bir başka etken ise “erkeklerin her zaman ve her koşulda cinselliğe hazır olduğu” biçimindeki cinsel mitlerdir.¹⁰

Kadınlarda ise ülkemizde yapılan bir çalışmada bu bozukluğun, vajinismustan sonra ikinci sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir.¹¹ Metz ve Epstein’in 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada ise cinsel istek bozukluğu tanısı alan kadınlar ile herhangi bir CİB tanısı almamış kadınların çeşitli psikolojik özellikleri karşılaştırılmıştır. Bu araştırmada tanı grubundaki kadınlar, kendi ebeveynlerini “duyguların ifadesi” ve “cinsel davranışla ilgili tutumlar” alanlarında daha olumsuz, kendilerini daha az çekici olarak değerlendirirken, eşleriyle ilişkilerini daha uzak ve daha az romantik olarak tanımlamışlardır.¹²

CİNSELLİKTEN TİKSİNME BOZUKLUĞU

Bu bozuklukta eşle cinsel birleşmeden kaçınma ve tiksinti olur. Burada birey bir partnerle cinsel ilişki söz konusu olduğunda endişe ve korku duyar. Tiksinti, cinsel birleşmenin herhangi bir yönüyle ilgili olabileceği gibi, tüm cinsel uyaranlara (öpüşme, dokunma gibi) yönelik de olabilir. Klinik olarak özgül fobiye benzer. Cinsel eylem söz konusu olduğunda kişide yoğun korku, bulantı, çarpıntı, bayılma hissi gibi belirtiler görülür. Etiyolojide daha çok travmatik cinsel yaşantıların, çocukluk çağı istismarlarının, tekrarlayan ağrılı cinsel birleşmelerin ve çeşitli bilinç dışı çatışmaların rol oynadığı düşünülmektedir.¹⁰

CİNSEL UYARILMA BOZUKLUKLARI

ERKEKTE EREKTİL BOZUKLUK

Tatminkâr bir cinsel işlev için yeterli penil ereksiyon olmaması ya da sürdürülememesi, bu durumun tekrarlayan ya da sürekli nitelikte olması erektil işlev bozukluğu (EİB)

olarak tanımlanmaktadır. EİB, organik kökenli CİB arasında en sık görülenidir. Farklı oranlardan söz edilmekte birlikte, bugün daha çok kabul edilen görüş tıp ve teknolojinin gelişimiyle birlikte erektil yetmezliklerin daha büyük bir kısmının (%90-95) kökeninde organik nedenlerin saptanabildiğidir. EİB'nin etiyolojisinde rol oynayan organik etkenler arasında en önemlileri vasküler (arteriyel ve venöz yetmezlik), nörolojik, iatrojenik (ilaçlar, cerrahi girişimler), metabolik ve endokrin nedenlerdir. Ancak organik bir patolojinin (örneğin vasküler yetmezlik) saptanmasının, eşlik edebilecek psikiyatrik bir bozukluğun varlığını dışlamadığı da akıldan çıkarılmamalıdır. Performans kaygısı, suçluluk duygularının eşlik ettiği evlilik dışı ilişkiler, bireyin partnerindeki CİB, çeşitli cinsel mitler, abartılı beklentiler, rastlantısal başarısızlıklar ve evlilik ilişkisindeki sorunlar da psikojen nitelikte EİB'nin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.^{10,13}

Bunların dışında sosyo-ekonomik koşulların da psikolojik stresörler olarak işlev görerek EİB için risk faktörü oluşturduğu düşünülmektedir. Bununla ilgili olarak Türkiye’de yapılmış bir çalışmada iş sahibi olanlardaki EİB oranı %64 iken olmayanlarda bu oran %86 olarak bulunmuştur. 1998’de yapılan bu çalışmada ayda 500 milyondan az geliri olan grupta ED görülme sıklığı %87 iken 500 milyon 1 milyar arasında geliri olan grupta bu oran %70’dir.¹⁴

KADINDA CİNSEL UYARILMA BOZUKLUĞU

Bu bozuklukta tüm cinsel uyarma ve uyarılma çabalarına karşın beklenen fizyolojik değişiklikler oluşmamakta ve kadın uyarılma ile ilgili duyumları alamamaktadır. Yani uyarılma evresinde normalde genital organlara yönelen kan akımındaki artış, vajinal büyüme ve lubrikasyon oluşmamaktadır. Dolayısıyla tam olarak rahat ve doyurucu bir cinsel birleşme yaşanmamaktadır. Bu bozukluğun tek başına birincil olarak görülme sıklığı seyrek ve çocukluk döneminde yaşanmış ağır cinsel travmalarla bağlantılı olabilmektedir. Ayrıca doğum sonrası ve menapoz dönemindeki hormonal değişiklikler, cinsel uyarılmaya verilen normal vajinal yanıtları bozabildiğinden, bozukluk bu dönemlerde tek başına da görülebilmektedir.¹¹

ORGAZM BOZUKLUKLARI

ORGAZM BOZUKLUĞU

Erkeklerde bu bozukluk kendisini, boşalmanın hiç olmaması (masturbasyon, uyku ve cinsel birleşme sırasında), kısmen oluşması (masturbasyonda oluşan ancak cinsel birleşme sırasında oluşmayan) ya da oldukça uzun

süren bir uyarılma sonunda oluşan boşalma (geç boşalma ya da retarde ejakülasyon) biçiminde gösterebilir. Boşalmanın hiç olmaması çoğu kez organik bir patolojiye işaret eder. Bazı ilaçların kullanımı (antidepresanlar ve tiyoridazin gibi nöroleptikler) boşalmayı geciktirebilmektedir. Tedavi için yapılan başvurularda erkekler arasında en az görülen CİB'nin geç boşalma olduğu ve bu bozukluğun daha çok aşırı kontrollü ve kendini cinselliğe bırakmakta güçlük çeken, partnerine karşı hostile duyguları olan erkeklerde görüldüğü bildirilmiştir.¹⁰

Kadınlarda bu bozukluk, normal bir cinsel uyarılmayı izleyerek orgazmın sürekli olarak gecikmesi ya da yokluğu olarak tanımlanabilir. Orgazm sorununun daha çok eşlerin orgazm ile ilgili bilgi ve beklentileriyle, erkeğin kendi gücünü ve performansını sorgulama tutumuyla oluşabileceği gözlenmektedir.¹¹ Ayrıca çoğu kadının, ilişki sırasında klitorisinden doğrudan uyarılması olmaksızın orgazm olamaması yaygınlık gösterdiğinden, bu durumun orgazm bozukluğu olarak değerlendirildiği de göz önünde bulundurulmalıdır.

PREMATÜR EJAKÜLASYON

Erken boşalma olarak da bilinen bu bozukluk inatçı ve tekrarlayıcı biçimde, çok az cinsel uyarılma ile cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra ve kişinin ve partnerinin arzu ettiği süreden daha önce oluşan boşalma olarak tanımlanabilir. Pek çok klinisyen bozukluğun, spinal refleks üzerinde istemli kortikal denetimin öğrenilmemiş olmasından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu nedenle de, eğer boşalmanın denetlenebildiği bir dönem varsa, mutlaka ürolojik ve nörolojik inceleme yapılmasının gerektiği vurgulanmaktadır. İlk kez cinsel ilişkiye giren genç erkeklerde sık görülen bir bozukluk olmasına karşın, bireyin ergenlik çağlarından itibaren düzenli masturbasyon ve cinsel ilişki ile boşalma denetimini kendiliğinden öğrendiği de bilinmektedir. Ayrıca erken erişkin dönemde rahat ortamlarda, çeşitli cinsel eşlerle, düzenli, sık tekrarlanan cinsel ilişkiler boşalma denetiminin kazanılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu açıdan bakıldığında erkek masturbasyon yapmıyor ya da çok seyrek yapıyorsa, düzenli bir cinsel yaşam olanağı yoksa çok seyrek cinsel ilişki kuruyorsa, bu ilişkiler zaman sınırı olan hayat kadınlarıyla ilişkiden ibaret ise boşalma refleksi üzerinde denetim sağlamayı öğrenememe ve erken boşalma yaşama olasılığı da artacaktır.¹⁵ Nitekim bu konuyla ilgili yapılan araştırma sonuçları da seyrek cinsel ilişkinin penisin duyarlılık eşliğini düşürdüğü ve erken boşalmaya neden olduğu görüşünü desteklemektedir.¹⁶

CİNSEL AĞRI BOZUKLUKLARI

DİSPARONİ

Cinsel birleşmenin ağırlı gerçekleşmesi anlamına gelen bu bozuklukta ağrı, birleşme sırasında, hemen öncesinde ya da sonrasında olabilmektedir.

Erkeklerde disparoninin, daha çok peyronie hastalığı ve prostatit gibi tıbbi bir bozukluğa bağlı olarak oluştuğu bilinmektedir.¹⁰

Kadınlarda ağrı vajen girişinde hissediliyorsa etiolojide uyarılma eksikliği, hafif bir vajinismus durumu, vajinal enfeksiyon ve bartholini kisti gibi nedenler araştırılmalıdır. Ağrı cinsel birleşmenin süresi uzadıkça azalıyor kayboluyorsa uyarılma eksikliğine bağlı olduğu ortaya çıkmaktadır. Eğer ağrı derin penetrasyonla artıyorsa etiolojide daha çok vajinal ya da pelvik enfeksiyon, over patalojileri veya endometriozis gibi organik nedenler akla gelmektedir.¹¹

VAJİNİSMUS

Vajen girişindeki kasların spazmı sonucu cinsel birleşmenin mümkün olmadığı ya da son derece ağırlı olduğu bir bozukluktur. Bu konuyla ilgili klinik gözlemlerden vajinismus tanısı almış kadınların pek çoğunda vajinal penetrasyona ilişkin korkuların olduğu bu yüzden jinekologlara muayene olamadıkları ve menstürel dönemlerinde tampon kullanmadıkları anlaşılmaktadır.¹⁷ Vajinismus tanısı almış kadınlarla yapılan araştırmalarda anksiyeteyi azaltmaya yönelik aşamalı maruz bırakma, gevşeme egzersizi gibi uygulamalardan sonra bu kadınların pek çoğunun cinsel ilişkiye girebildikleri gözlenmiştir.¹⁸ Bu bulgular, vajinismusun etiolojisinde korku ve anksiyetenin önemli bir rolü olduğunu göstermektedir.

ETİYOLOJİ

Psikojenik kökenli CİB'nin etiolojisinde diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, hazırlayıcı, tetikleyici ve sürdürücü etkenlerin bilinmesi önem taşır. Bu etmenlerin kısa özeti Tablo 2'de özetlenmiştir.

Görüldüğü gibi CİB'nin etiolojisinde pek çok psikolojik faktörden söz edilebilir. Ancak hem organik hem de psikolojik kökenli CİB'de ortak olarak gözlenen *performans anksiyetesi* (başarısız olma korkusu) tanı / tedavi süreci boyunca büyük bir rol oynadığından üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

TABLO 2: Psikojenik kökenli cinsel işlev bozukluklarının etiyojisi.

Hazırlayıcılar	Tetikleyiciler	Sardürücüler
CİB'nin ortaya çıkmasını kolaylaştıran, yakınlık yaratan faktörlerdir. ^{2,11}	CİB ile ilgili belirtilerin ilk defa görülmesinde rol oynayan faktörlerdir. ²	İşlev bozukluğunu kronikleştiren veya daha da kötüleştiren faktörlerdir. ²
<ul style="list-style-type: none"> ■ Anne-baba arasındaki olumsuz ilişki biçimi ■ Aşırı tutucu, dindar yetiştirilme biçimi ■ Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği ve yanlış inançlar ■ Cinsellik ve sonuçlarıyla ilgili olumsuz / gerçek dışı beklentiler ■ Eşe karşı öfkeli, kırgın ya da dargın olma ■ Eşler arasındaki iletişim biçimi ■ Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz duyguları ■ Nevrotik kişilik özellikleri ■ Erken travmatik yaşantılar ■ Cinsel istismara maruz kalma 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eşler arasında uyumsuzluk ve çatışmalar ■ Cinsel iletişim sorunları ■ Eşin cinsel bir sorununun olması ■ Fiziksel ya da psikiyatrik hastalıklar ■ Yorgunluk ve stres ■ Aşırı alkol ve ilaç kullanımı ■ Evlilik öncesi ve dışı ilişkiler ■ Travmatik cinsel yaşantı vb. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sorunun çözümü ile ilgili yanlış uygulamalar ■ Çok sık cinsel ilişkide bulunma ■ Cinsel ilişkiden kaçınma ■ İlişkiye kendini verememe ■ Performans anksiyetesi ■ Suçluluk ve utanç duyguları ■ Eşin tepkileri vb.

PERFORMANS ANKSİYETESİ

Genel olarak cinsel davranış, rahatlama ve mutluluk duyguları ile sonlanır. Olumlu biten bir davranış biçimi (zinciri) tekrarlanma eğilimindedir. Öğrenme kuramına göre cinsel davranış biçimi böylece bozulmadan sürdürülür. Bozulmuş cinsel davranışta da karşılıklı yaklaşma sonucunda erotizm gelişebilir. Ancak, meslekî veya kişisel kaygılar veya rahatsızlık verici başka olaylar gibi herhangi bir nedenle, bunu izlemesi gereken uyarılma kesintiye uğrar ve cinsel etkinlik oluşmaz. Cinsel davranış hoş olmayan bir biçimde, çoğunlukla hayal kırıklığı ve gerginlikle, yani olumsuz bir yaşantı ile son bulur. Çünkü anksiyete, cinsel uyarılmanın fizyolojik antagonistidir ve kaynağı ne olursa olsun cinsel yanıtı eşlik eden haz hissini engeller. Bu tip bir yaşantının ardından yinelenen cinsel deneyimlerde aynı olumsuz duyguların yaşanacağı beklentisi ya da yetersiz olma korkusu sonucunda ortaya çıkan performans anksiyetesi ile cinsel yanıtın fizyolojik döngüsü olumsuz yönde etkilenmiş olur.¹⁹

Örneğin erkeklerde ortaya çıkan performans anksiyetesinin en sık görülen nedeni, cinsel organa iki temel işlevi olan üreme ve doyum dışında üçüncü bir işlevin (başarı gibi) yüklenmesidir ki bu durum cinsel organın normal fonksiyonlarını bozup psikojen kökenli bir ereksiyon sorununa neden olabilmektedir.¹⁷

Ereksiyon kusuru olan bireyin zihnine her cinsel birleşme denemesi öncesi iki temel soru takılır:

1. Ereksiyon oluşacak mı?

2. Eğer ereksiyon oluşursa, cinsel aktiviteyi tamamlamaya yetecek kadar uzun sürecek mi?¹⁷

Yine pek çok kadın ve erkek kendilerini ve eşlerini yeteri kadar tatmin edip edemedikleri ile ilgili benzer kaygılar yaşarlar. Bu tip sorular ve kaygılar zaman içinde kendini gerçekleştiren kehanete dönüşür. Çünkü dikkati performansa odaklamak seksin zevk veren / eğlenceli kısımlarını yok eder ve cinsel yaşam daha çok meydan okunan ya da test edilen bir yer haline gelir ki bu durumda da cinsel isteğin azalması kaçınılmazdır.²⁰

Performans anksiyetesi ile ortaya çıkan bu kısır döngü CİB'nin sürmesinde önemli bir etken haline gelir. Partnerin de hayal kırıklığına uğraması kişinin performans anksiyetesini artırır ve çoğu zaman kişi sıkıntı (anksiyete) verici bu durumdan kurtulmak için cinsellikten kaçınmaya başlar. Bunun sonucunda ise çoğunlukla bir başka çatışma gündeme gelir. Örneğin kaçınma davranışı, kişide rahatlama sağlarken, partneri tarafından "artık istenmediği" şeklinde yorumlanabilmektedir. Böylece eşler arası çatışmalar başlar ve performans anksiyetesi giderek kuvvetlenir. Bu fobik kısır döngü, diğer etiyojik etkenlerden bağımsız olarak bütün CİB'nin etiyojisinde yer alır.¹⁹

Tüm bunların sonucunda CİB olan kişilerin ya da partnerlerinin bu konuyla ilgili olarak "performans gösteremiyorum / gösteremiyor" şeklinde ifadeler kullanmakta olduklarını görmekteyiz. Seksin "performans" olarak kavramlaşmasını önlemek ise CİB'nin tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır ve bu kavramlar çoğu zaman kişilerin daha derin bilişsel yapılarıyla ilgilidir.

CİNSEL MİTLER VE BİLİŞSEL YAPILAR

Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilenme sonucu oluşan bu işlevsiz bilişsel yapıların aşırı kaygı, suçluluk duyguları

ları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusuna yol açtığı bilinmektedir. CİB'nin ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli rol oynayan yanlış bilgilenmenin en sık karşılaşılan türü ise cinsel mitlerdir. Çocukluktan itibaren öğrenilen bu mitlerden en yaygın olanları şu şekilde sıralanabilir:²¹

- Erkekler cinsel ilişkiye her zaman hazır ve istekli olmalıdır
- Masturbasyon zararlıdır
- Cinsel ilişki, cinsel birleşme (koitus) demektir
- Sertleşmiş, büyük bir penis iyi sevişmenin anahatarıdır
- Cinsel eylemi erkek başlatmalıdır
- Cinsel fanteziler ahlak dışı, sapık ve sadakatsiz davranışlardır
- Cinsellik içgüdüsel, öğrenilmez
- Kadınlarda orgazm cinsel birleşme ile sağlanmaktadır.

Cinsel mitlerin dışında kişinin diğerlerine ve kendine ait daha derin inançları da (erkekler / kadınlar güvenilmezdir / kontrolümü asla kaybetmemeliyim.. gibi) CİB için önemli birer risk faktörüdür. Kişinin günlük yaşantısında çoğu zaman bilinç düzeyine çıkmasalar da bu tip inançların, bilinçaltında anksiyete ve çatışma yaratarak cinsel alanda fizyolojik ketlenmelere yol açtığı ileri sürülmektedir.²²

MODERN CİNSEL TERAPİLER

CİB'nin tedavisinde kullanılan farklı tedavi yöntem ve yaklaşımları olmakla birlikte burada sadece psikojen kökenli CİB'nin tedavisinde yaygın olarak kullanılan seks terapilerinden kısaca bahsedilecektir.

Ancak, bir tedavi planı oluşturmadan önce şu üç sorunun yanıtlanmış olması gerekmektedir.²

1. CİB'nin oluşmasında biyogenik faktörlerin rolü nedir? (Eğer tedavi edilmesi gereken bir bozukluk var ise, bu tedavi edilmeden cinsel terapiye başlanmamalıdır).
2. CİB'nin oluşmasında hasta ile eşi arasındaki ilişkilerin rolü nedir? (Orta derecedeki evlilik sorunlarında bile tedaviye öncelikle evlilik sorunlarından başlanmalı, evlilik ilişkisinde düzelme olmadıkça cinsel tedaviye geçilmemelidir).
3. CİB'nin oluşmasında diğer psikiyatrik bozuklukların rolü nedir? (örneğin majör depresyon, alkol ve

madde bağımlılığı, aktif psikotik reaksiyon veya ciddi kişilik bozuklukları için cinsel terapilerin kontraendike olduğu belirtilmektedir).

CİB altta yatan organik bir nedene, cerrahi bir girişime, kullanılan bir ilaca ve eşlik eden ruhsal bir hastalığa bağlı olarak gelişmişse, tedavinin öncelikle altta yatan etkene yönelik olarak yapılması gerekmektedir. Tedavide CİB'nin çoğu kez tek bir nedene bağlı olmadığı her organik olayın psikiş bileşenlerinin olacağı gözönünde bulundurularak, sorun bütüncül olarak ele alınmalıdır.²

Seks terapilerinde en temel ilke CİB'nin eşlerden sadece birinin sorunu olarak görülmemesidir. Herhangi bir cinsel problem eşlerin her ikisini de etkileyeceği için sorun ortak olarak kabul edilip eşlerin her ikisinin de tedavi sürecine birlikte katılmaları ön koşul olarak kabul edilmektedir.¹¹

Bu yaklaşımın özünde, CİB'nin türüne özgül olarak geliştirilmiş tekniklerin, danışan birey ve çiftin özellikleri ve gereksinmelerine uygun bir biçimde uygulanması söz konusudur. Tedavi oturumları sırasında birey ve çiftlere sorunlarının çözümünde kullanabilecekleri teknikler ayrıntıları ile anlatılır ve bir sonraki terapi oturumuna kadar yürütecekleri aktiviteler ev ödevleri biçimde verilir. Tedavideki hedefler doğrultusunda, daha kolaydan daha zora doğru aşamalı biçimde düzenlenen ev ödevleri sırasında bir aşama başarıyla tamamlanmadan bir sonraki aşamaya geçilmez.¹⁰

Seks terapilerinin temelini oluşturan ve duruma özgü çeşitli önem dereceleri olan birkaç prensip vardır.²³

1. Performans anksiyetesinin giderilmesi
2. Eğitim
3. Tavır / tutum değişimini teşvik etme
4. Eşler arasındaki iletişimi arttırma
5. Yıkıcı seks rollerini ve yaşam biçimlerini değiştirme
6. Fiziksel veya medikal müdahaleler
7. Etkili cinsel tekniklerin öğretilmesi ile cinsel davranışın değiştirilmesi
8. Değişiklik için karşılıklı sorumluluğun önemi belirtme

Son olarak seks terapilerinde tüm CİB tedavisinde ortak olarak kullanılan iki temel davranışsal teknikten söz edilebilir:

Cinsel Birleşme Yasağı: CİB tedavisinde, ilk olarak yapılması gereken, kişiye / çiftte tedavide belli bir aşamaya gelene kadar cinsel birleşimde bulunmanın yasak olduğunun anlatılmasıdır. Cinsel birleşme yasağı konulmasının iki temel nedeni vardır: Birincisi hatalı davranışların yerine doğrularını koymadan yapılacak cinsel birleşme girişimleri büyük bir olasılıkla yine başarısızlıkla sonuçlanacak ve bu da çiftin tedaviye olan motivasyonunun azalmasına yol açacaktır. Bu yasağın ikinci nedeni ise zaten cinsel birleşme nedeniyle kaygılanmakta olan kişinin kaygılarını ortadan kaldırmaktır.²

Duyumsal Odaklanma / Duyumsal Keşif: Klasik cinsel terapinin ilk basamağı duyumsal keşif dönemidir. Bu teknikte genel cinsellik anlayışında hedef olan cinsel birleşme / orgazm yasaklanır. Bu şekilde bir cinsel yanıt oluşumunun beklenmemesi, hatta istenmemesi, performans anksiyetesinin azalmasını sağlar. İlk aşamada değişen pozisyonlarıyla, eşlerin sırayla okşayan ve okşanan rollerini alarak, kendilerinin ve birbirlerinin bedensel özellik ve gereksinimlerini fark etmeleri bu durumda

hissettikleri hoşlanma ve hoşnutsuzluklarını birbirlerine aktarmaları sağlanmalıdır. İkinci aşamada ise cinsel organların da okşanması istenir, ancak bu uyarı sürekli ve ritmik olmamalı ve orgazma kadar sürdürülmemelidir. Eşlerden birinde özellikle anksiyete yaratan ya da kaçınılan anlar (çıplaklık, genitaler, meni vs.) söz konusu ise, imgesel veya yaşantısal duyarsızlaşma çalışmaları da bu ödeve eklenir. Bu teknik çiftin cinsel ilişkiyi, birleşme ve orgazmdan ibaret mekanik bir olay olarak değil, duygusal ve bedensel hazzın paylaşılması olarak kavramasına yardım eder.²⁴

Sonuç olarak bu yazıda, çok heterojen bir grup olan CİB'nin psikosomatik tıbbın önemli konularından biri olduğu, ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde çok çeşitli psikolojik nedenlerin rol oynadığı vurgulanmaya çalışılmıştır. Bu bilgilerin ışığında tedavide biyo-psikososyal bağlamların dikkate alınması ve uygulamada psikiyatri, klinik psikoloji, üroloji, jinekoloji, endokrinoloji gibi disiplinlerin işbirliği içinde çalışarak tedavi planının çok yönlü ve bütünlendirici olması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Sapolsky RM. Why Zebra's Don't Get Ulcers: An Updated Guide to Stress, Stress-Related Diseases and Coping. 6th ed. New York: W. H. Freeman & Company; 2000. p.101-16.
- Tuğrul C. Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı. Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E, ed. Bilişsel-Davranışçı Terapiler. 2. baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1998. s.157-83.
- Leahy RL. Bilişsel Terapi ve Uygulamaları. Hacak H, Macit M, Özpilavcı F, çev. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2004. s.313-33.
- Özüğürlü K. Psikosomatik cinsel bozukluklar. Adam E, ed. Psikosomatik Hastalıklar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 1991. s.68-77.
- Oltmanns TF, Neale JM, Davison GC. Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları. Dağ İ, çev. ed. 1. baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2003. s.233-55.
- Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normal dışı Davranışlar. 15. baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2000. s.241-42.
- Simpson JA, Rholes WS. Attachment Theory and Close Relationships. New York: The Guilford Press; 1998. p.372-73.
- Oltmanns TF, Emery RE. Abnormal Psychology. 4th ed. New Jersey: Pearson Education 2004. p.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. baskı (DSM-IV-TR). Köroğlu E, çev. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001. s.225-41.
- Sungur MZ. Erkek cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası; 1999. p.60-4.
- Boyacıoğlu G. Kadın cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999;2:54-9.
- Metz ME, Epstein N. Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. J Sex and Marital Therapy 2002;28:139-64.
- Ekmekçiöğlü O, Demirtaş A. Erkeklerde erektil işlev bozukluğu tanısı ve tedavisi. Erciyes Tıp Dergisi 2006;28:220-5.
- Uluocak N, Kadıoğlu A. Eretil disfonksiyon epidemiyolojisi. Yetkin N, İncesu C, ed. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul: Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1999;4: 3-6.
- Yetkin N, İncesu C. Erkeklerde boşalma bozuklukları ve cinsel tedaviler. Yetkin N, İncesu C, ed. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul: Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1999;4:39-42.
- Althof S. The psychology of premature ejaculation: therapies and consequences. J Sex Med 2006;3:324-31.
- Sungur MZ. Cinsel İşlev Bozuklukları. Sayıl I, ed. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2. baskı. Ankara: ANTIP A.Ş.; 2000. s.303-11.
- Kuile MM, Lankveld J, Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors. Behaviour Research and Therapy 2007;45: 359-73.
- Taştan U, Saatçioğlu Ö, Özmen E, Erkmen H. Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde anksiyete. Yeni Symposium 2005;43:38-44.
- Beck AT. Love is Never Enough. New York: Harper & Row, Publishers; 1988. p.357-65.
- Özmen E. Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999;2:49-53.
- Ohl LE. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. Urologic Nursing 2007;27:57-63.
- Michelson L, Ascher LM. Anxiety and Stress Disorders: Cognitive-Behavioral Assessment and Treatment. New York: Guilford Press; 1987. p.442-65.
- Yetkin N. Sertleşme bozukluklarında cinsel tedaviler. Yetkin N, İncesu C, ed. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul: Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1999;4:39-42.