

# Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Psikolojik Müdahaleler

Cennet Şafak Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Aydın, Türkiye

**Yazışma Adresi:** Cennet Şafak Öztürk, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, C Blok, 09100, Merkez Kampüs, Aydın / Türkiye

**Tel:** +90 (256) 212 84 98; +90 (532) 776 77 37

**Fax:** +90 (256) 213 53 79

**E-mail:** cennet.ozturk@adu.edu.tr

Geliş tarihi: 16 Mart 2019

Kabul tarihi: 20 Ağustos 2019

## ÖZ

Bu makalede cinsel işlev bozukluklarının (CİB) tedavisinde kullanılan psikolojik müdahalelere genel bir bakış sunulması amaçlanmıştır. CİB'lerin tedavisinde cinsel terapi, bilişsel-davranışçı terapi, evlilik/çift terapisi gibi geleneksel psikolojik müdahaleler uygulanmakla birlikte son yıllarda bilinçli farkındalık ve internette cinsel terapi gibi müdahalelerin kullanımının arttığı görülmektedir. CİB'lerin tedavisinde uygulanan psikolojik müdahalelerin etkinliğine dair yapılan çalışmalar, bu müdahalelerin CİB'lerin tedavisinde etkili olduğuna işaret etmektedir. Psikolojik müdahaleler, CİB'lerin tedavisi için umut verici tedavi seçenekleri sunmaktadır. Bununla birlikte çalışmaların yetersiz yöntemsel desenleri, sonuçların yorumlanması ve karşılaştırılması güçleştirmektedir. Bu yüzden gelecekte psikolojik müdahalelerin etkinliği ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Türkiye'de CİB'lere yönelik uygulanan psikolojik müdahalelerle ilgili çok az sayıda araştırma yapıldığı için, bu alanda önemli bir eksikliğin olduğu söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Cinsel işlev bozukluğu, erkek cinsel işlev bozuklukları, kadın cinsel işlev bozuklukları, psikolojik müdahale, cinsel terapi

## ABSTRACT

### Psychological Interventions in Sexual Dysfunctions

It is aimed to make a general overview to psychological interventions used in the treatment of sexual dysfunctions (SDs) in this article. Although traditional psychological interventions are applied in the treatment of SDs such as sexual therapy, cognitive-behavioral therapy, and marital/couple therapy, the use of mindfulness and sexual therapy on the Internet have been seen to be on the increase in recent years. The studies conducted regarding the efficiency of psychological interventions applied in the treatment of SDs indicate that these interventions are effective in the treatment of SDs. Psychological interventions present promising treatment options for SDs. Nevertheless, the insufficient methodological patterns of studies make it hard for the results to be interpreted and compared. Therefore, more studies are needed to be carried out in the future in relation to the efficiency of psychological interventions. Because very limited number of studies has been made regarding psychological interventions applied to SDs in Turkey, it can be said that there is an important deficiency in this realm.

**Key words:** Sexual dysfunction, male sexual dysfunctions, female sexual dysfunctions, psychological intervention, sexual therapy

## I. Giriş

Cinsel işlev bozukluğu (CİB) bir kişinin cinsel olarak yanıt verme ya da cinsel haz yaşama yeteneğinde klinik olarak anlamlı bir bozulma ile nitelendirilen heterojen bir bozukluk grubudur.<sup>1</sup> Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition-DSM-5) CİB'leri; erkekler için Geç Boşalma, Sertleşme Bozukluğu, Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu, Erken Boşalma, kadınlar için Kadında Orgazm Bozukluğu, Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu, Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu ve her iki cinsiyet için Maddenin/İlacın Yol Açtığı CİB, Tanımlanmış Diğer Bir CİB, Tanımlanmamış CİB şeklinde gruplandırmaktadır.<sup>2</sup> CİB yaygınlığı, erkekler için %10-52 arasında, kadınlar için %25-63 arasında değişmektedir.<sup>3,4</sup> Türkiye'de CİB yaygınlığı erkeklerde %43,3, kadınlarda %48,3 olarak bulunmuştur.<sup>5,6</sup>

Yaygın oldukları görülen CİB'ler etkili tedavi seçeneklerini gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Psikolojik faktörler CİB'in gelişimi ve özellikle sürmesinde önemli olduğu için, psikolojik müdahalelerin CİB için umut vaat eden tedaviler olduğu söylenebilir.<sup>7</sup> CİB tedavisine yönelik uygulanan farmakolojik tedavi seçenekleri ile karşılaştırıldığında psikolojik müdahalelerin avantajları bulunmaktadır. Bunlar; olumsuz bir fiziksel yan etkisinin olmaması ve hedef belirtilerin azalmasının ötesinde cinsel doyumun artırılmasını ve cinsel işlevlerin yeniden kurulmasını hedeflemeleridir.<sup>7</sup>

Türkiye'de CİB'lerin tedavisinde uygulanan psikolojik müdahalelere genel bir bakış sunan çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu gözden geçirme, farklı CİB'i olan bireyler için uygulanan psikolojik müdahalelere genel bir bakış sunmayı amaçlamaktadır.

## II. Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Psikolojik Müdahalelerin Kısa Tarihçesi

CİB'lerin tedavisinde 1960'ların başlarına kadar başlıca yaklaşımların psikanaliz ve dinamik yönelimli psikoterapiler olduğu görülmektedir.<sup>8</sup> Sonrasında Masters ve Johnson normal cinsel yanıt döngüsünü tanımlamış ve İnsanda Cinsel Yetersizlik (Human Sexual Inadequacy) adlı kitaplarını yayınlamış ve modern cinsel terapinin temelini atmışlardır.<sup>9</sup> Psikanalitik yaklaşım CİB'den sorumlu olduğu düşünülen bilinçdışı çatışmaları ortaya çıkarmayı amaçlarken Masters ve Johnson, mevcut cinsel belirtilere odaklanarak CİB'e özgü bulguları belirlemişlerdir.<sup>9,10</sup> Bu psikolojik müdahalelerden sonra 1970'lerden bu yana CİB'lerin tedavisinde yeni tedavi seçenekleri geliştirilmiştir. Bu müdahalelerin psikanaliz ile Masters ve Johnson'un davranışçı teknikleri arasındaki bir sürekliliğe yerleştiği görülmektedir.<sup>9</sup> Kaplan'ın<sup>11</sup> "yeni cinsel terapisi-new sex therapy" hem davranış stratejilerini hem de CİB'lerin daha derin psikolojik nedenlerinin incelenmesini entegre eden bir tedavi örneğidir. CİB için diğer tedavi seçeneklerine örnek olarak evlilik ya da çift terapisi, bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ve akılcı duygusal terapi verilebilir. Bunlara cinsel terapinin başarılı bir şekilde gelişmesine katkıda bulunan sosyal beceri terapileri, hipnoterapi gibi diğer destekleyici/yardımcı teknikler eklenmiştir. Son yıllarda CİB'lerin tedavisinde bilinçli farkındalık ve internette cinsel terapi gibi müdahalelerin de uygulandığı görülmektedir.<sup>12,13</sup>

## III. Cinsel İşlev Bozukluklarında Uygulanan Psikolojik Müdahaleler

Aşağıda CİB'lerin tedavisinde sıklıkla kullanılan ve son dönemde kullanımında artış görülen psikolojik müdahalelere değinilmiştir.

**Cinsel Terapi:** Cinsel terapi, erkek ve kadın CİB'lerini etkin bir şekilde tedavi ettiği bilinen bir dizi teknik müdahaleye dayanan özel bir

psikoterapi biçimidir.<sup>14</sup> Bu tedavi kategorisi Masters ve Johnson<sup>10</sup> tarafından tarif edildiği gibi standartlaştırılmış bir cinsel terapiyi ve ayrıca modifikasyonlarını kapsamaktadır. Masters ve Johnson'un terapi yaklaşımında her iki cinsiyetten terapist ve yardımcı terapist yer alıyordu ve her iki partnerin de tedaviye dahil edildiği görülmekteydi. Tedavi 2-3 hafta boyunca günlük olarak yürütülüyordu. Modifikasyonlarında genellikle sadece bir terapist yer almaktadır ve daha az sıklıkta tedavi seansları vardır.<sup>7</sup>

Cinsel terapi, başlangıç sorununa, terapistin kararına, hasta motivasyonuna ve hem hastanın hem de terapistin pratik düşüncelerine bağlı olarak bireysel, çift veya grup formatında yapılabilir. Çiftler genellikle bir arada görülmekte, ancak tedavinin değerlendirme aşamasında, cinsel öykü alınırken en az bir seans genellikle tek başlarına görülmektedir. Özellikle direnç geliştiğinde zaman zaman başka bireysel seanslar da yapılabilmektedir.

Cinsel terapi teknikleri davranışsal/bilişsel müdahalelerin yanı sıra psikodinamik, sistemler, ilişkiler ve eğitimsel müdahaleleri içermektedir (örn., okuma, video kaset, resimleme, anatomik modeller).<sup>14</sup> Geleneksel psikoterapötik teknikler (örn., destek, yorumlama, yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve ev ödevi) kullanırken, cinsel terapi, performans anksiyetesini azaltmak için duyumlara odaklanma (sensitive focus), Erken Boşalma'sı olan hastalara yardım etmek için "dur-başla", anorgazmi için yönlendirilmiş masturbasyon ve cinsel ağrı bozuklukları için gevşeme ile eşleştirilen dilatörlerin yerleştirilmesi gibi spesifik teknik müdahaleleri dahil etmektedir. Bu egzersizler, işlevsel olmayan cinsel davranış örüntülerini düzeltmenin yanı sıra cinsel tutum ve benlik imajı ile ilgili bilişleri olumlu yönde değiştirmek için tasarlanmıştır. Bireye göre düzenlenmiş egzersizler "terapötik proplar" olarak hareket etmekte ve bu süreç birey veya çift yavaş yavaş tamamen işlevsel cinsel davranışa yönlendirilinceye kadar kademeli olarak düzenlenmektedir. Bununla birlikte, her bir işlev bozukluğu kendine özgü nedenler kümesine sahip olduğu için bazı egzersizler tipik olarak belirli bir işlev bozukluğu için uygulanmaktadır.

**Bilişsel Davranışçı Terapi:** BDT olumsuz duygulara ve işlevsiz davranışlara yol açan olumsuz düşüncelerin belirlenmesini ve işlevsel olmayan inançları değiştirmeyi (bilişsel yeniden yapılandırma) amaçlayan bir müdahaledir. Bu tedavide vurgu ev ödevleri, seans dışı aktiviteler, psikoeğitim ve çeşitli becerilerin kazandırılması üzerinedir. Terapistler, terapötik etkileşimler ve tartışma konuları yoluyla aktif bir etki göstermektedirler.

**Evlilik Terapisi:** İlişki sorunlarına odaklanan müdahalelerdir. Stratejiler, iletişim eğitimi, sosyal beceri eğitimi veya karşılıklı anlayışı geliştirmek için perspektif alma gibi bilişsel müdahaleleri içermektedir.

**Cinsel Beceri Eğitimi:** Bu müdahale, hastaların etkili cinsel işlev stratejileri kazanmalarına yardımcı olmak için özellikle egzersizlere odaklanmaktadır. Egzersizler, tek kişi veya çift tarafından uygulanmakta ve masturbasyon eğitimi, duyumlara odaklanma egzersizleri, "dur-başla" tekniği gibi egzersizleri içermektedir.

**Sistemik Duyarsızlaştırma:** Belli durumlarda ortaya çıkan anksiyeteyi azaltmak için kas gevşemesinin kullanıldığı bir davranış terapisi tekniğidir.

**Eğitimsel Müdahaleler:** Bu müdahaleler, yalnızca cinsel yanıt sırasında meydana gelen psikolojik ve fizyolojik değişikliklerle ilgili bilgilerin verilmesine odaklanmaktadır.

**Psikodinamik Terapi:** Psikodinamik terapi psikanalitik geleneği takip eden bir terapidir ve bu terapide psikanalizin temel dinamik kuralları sürdürülmektedir. Geleneksel psikanalize göre CİB'ler temelinde erken çocukluk yaşantıları, psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, oedipus kompleksi, kastrasyon anksiyetesi ve penis kıskançlığı

gibi nedenlerin yer aldığı çözümlenmemiş ve bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanmaktadır. Tedavide mevcut cinsel belirtileri hedeflemek yerine bilinçdışı çatışmaların ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.<sup>9</sup> Son yıllarda araştırmalar cinsel terapi ile psikanalitik/psikodinamik uygulama arasında karşılıklı bir ayrışma olduğunu ve psikodinamik araştırmalarda cinselliğe ve cinsel işleyişe daha az dikkat edildiğini göstermektedir.<sup>15</sup> Bununla birlikte, hem cinsel terapi alanyazını hem de daha geniş psikoterapi alanyazınında, psikodinamik kuramların ve yöntemlerin, cinsel sorunların psikoterapötik tedavisi üzerinde önemli bir etki yaratmaya devam edebileceğinin göstergeleri olduğu da belirtilmektedir.<sup>16,17</sup>

**Bilinçli Farkındalık (Mindfulness):** Bilinçli farkındalık, 2500 yıldan fazla bir süre önce Budist öğretilerinden cinsel tıp alanına ithal edilen yenilikçi bir tekniktir.<sup>14</sup> Bilinçli farkındalık, kişinin düşünceleri, eylemleri ve motivasyonları konusundaki yoğun farkındalığı ile karakterize zihinsel bir durumdur. "Gevşemiş bir uyanıklık" veya "yargılayıcı olmayan, şu anki farkındalık" olarak tanımlanmaktadır.<sup>18,19</sup> Kararların ve içsel yorumların dikkatini dağıttıran yoğun zihni sessizleştirmekte ve bireylerin kendi içsel diyaloglarına yakalanmadan gözlemlenme ve yaşama katılmalarını sağlamaktadır. Bu içsel dikkat dağıtıcı/diyaloglar cinsel zevk, duyum veya yakınlığa odaklanmayı engellemektedir. Aynı şekilde bu içsel dikkat dağıtıcı/diyaloglar bireyleri, performans anksiyetesi oluşturan erotik olmayan düşünce veya davranışlarla meşgul olmaya, performansın tatsız biçimde izlenmesine ve kendilerini veya eşlerini eleştirel değerlendirmeye yönelmektedir. "Şimdi ve burada" şeklindeki duyum, erotizm ve zevk bu meşgul ve yargılayıcı zihnin dikkat dağıtıcılığı içinde kaybolmaktadır.

**İnternette Cinsel Terapi:** İnternet üzerinden verilen cinsel terapi tartışmalı bir kavramdır. Aşılması gereken çeşitli etik ve mesleki zorluklar vardır. İnternette terapi uygulayan terapistlerin karşılaştığı zorluklardan bazıları arasında hasta dürüstlüğü, yüzyüze psikoterapide mevcut olan algılanması zor ve aşık olan görsel ve işitsel ipuçlarının kaybedilmesi, yazılı metinlerde ve sorumlulukla ilgili profesyonel konularda nüansları kolayca tespit edememek ve lisanslı olmayan hastalara tedavi ve terapi sağlama izni vermek vardır.<sup>14</sup> İnternet bağlantılarının gizliliği ve güvenliği ile ilgili endişeler de bunlara eklenebilir. Bununla birlikte, internet kullanımının çeşitli avantajları da vardır. Bunlar; kolay erişilebilirlik, anonimlik, pratiklik, utanç veya aşağılanmanın, coğrafi izolasyonun, zaman kısıtlamalarının azaltılması ve eğitilmiş bir profesyonelin bulunmadığı yerlerde uzman bir psikolojik bakımın sağlanabilmesidir.<sup>14</sup> İnternet kullanımı, CİB'i olan hastalara terapötik müdahaleler sunmada gelecek vaat etmektedir.

**Diğer müdahaleler:** Hipnoterapi, akılcı duygusal terapi bunlara örnek olarak verilebilir.

#### IV. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Psikolojik Müdahaleler

##### A. Geç Boşalma

Geç Boşalma, boşalma işlevinde belirgin bir gecikme veya seyreklik olması ya da boşalmanın olmamasıdır. Bu belirtiler en az 6 aydır devam etmektedir. Erkekler yeterli uyaran ya da boşalma isteklerine karşın boşalamamakta ya da boşalmada zorluk yaşamaktadırlar.<sup>1</sup> Cinsel olarak aktif erkeklerde yaygınlık oranlarının %1-4 arasında değiştiği belirtilmektedir.<sup>20</sup> Nörobiyolojik ve psikolojik faktörlerin her ikisi de Geç Boşalma'nın etiyojisi ve patogeneğinde rol oynamaktadır. Psikolojik bakış açısından bakıldığında, etkili olmayan cinsel iletişim, kültürel ve dini yasaklar, duygudurum bozuklukları, travma, yorgunluk, cinsel ilişki için aşırı baskı altında hissetmek gibi çeşitli durumlara vurgu yapan psikolojik ve davranışsal kuramlar vardır. Belirtilen dina-

mikler kontrolü kaybetme, red edilme/terk edilme, yakınlık, özerklik, düşmanlık, parafilik eğilimler/ilgiler'dir. Partneri ve partnerin cinsel organlarını kirletme/zarar verme korkusu tartışılmaktadır. Diğer sık bildirilen psikososyal faktörler, "izleyici" olmak (cinsel ilişki sırasında yoğun bir şekilde kendini gözlemek), ilişki çatışmaları ve eşini hamile bırakma korkularıdır. Kendine güvensizlik ve yetersiz bir beden imajı da Geç Boşalma'nın nedenleri arasındadır.<sup>21</sup> Geç Boşalma'nın tedavisinde kombine edilebilecek cinsel eğitim, BDT, bilinçli farkındalık, altta yatan çatışmaların psikodinamik keşfi ve/veya çift terapisi dahil olmak üzere çok sayıda psikolojik müdahale türü vardır.<sup>21</sup> Bunlara mastürbasyonun yeniden eğitimi ve cinsel fantazileri düzenleme, duyumlara odaklanma egzersizleri, kendine olan dikkati partnerine yönelmek, bireye bilinçli farkındalığı, nefes tekniklerini ve aşamalı gevşemeyi öğretmek ve duysal toleransı artırarak cinsel kaygıyı azaltma, hastanın anlatılarına özel dikkat gösterme ile birleştirilen biyopsikososyal-kültürel bir perspektifin kullanılmasını vurgulayan cinsel devrilme noktası modeli (sexual tipping point model) eklenebilir.<sup>22</sup> Geç Boşalma'nın tedavisinde psikolojik müdahalelerin etkililiği ile ilgili çok az çalışma vardır. Blair<sup>23</sup> Geç Boşalma ile çalışan psikoseksüel terapistlerin başarılarının nadiren akademik alanyazında yer aldığını belirtmiştir.

##### B. Sertleşme Bozukluğu

Sertleşme Bozukluğu'nun temel özelliği cinsel partnerli bir cinsel ilişki sırasında sertleşmeyi sağlamada veya sürdürmede yineleyici bir yetersizliğin olmasıdır.<sup>1</sup> Sertleşme Bozukluğu için hem yaygınlık hem de insidans oranlarında yaşa bağlı artışlar olduğu görülmektedir. Sertleşme sorunu 40-50 yaşın altındaki erkeklerin %2'sinde, 60-70 yaşından daha yaşlı olan erkeklerin %40-50'sinde bulunmaktadır.<sup>1</sup> Türkiye'de 15-60 yaş arasındaki kişilerin %59,7'sinde uyarılma/ereksiyon sorunları olduğu bulunmuştur.<sup>5</sup> Sertleşme Bozukluğu'nun etiyojisinde biyolojik ve psikolojik pek çok faktör rol oynamaktadır. Partner sorunları (örn., partnerde CİB varlığı ve partnerin genel sağlık durumu), ilişki sorunları (örn., zayıf iletişim, çiftlerin cinsel aktiviteye yönelik isteklerinin farklı olması), bireysel yetersizliklerle ilgili faktörler (örn., zayıf bir beden imajının olması, cinsel veya duygusal bir istismar öyküsünün varlığı), psikiyatrik eşyanın varlığı (örn., depresyon, anksiyete gibi), çeşitli stresörler (örn., iş kaybı, bir yakınına kaybetmek), kültürel/dini faktörler (örn., cinselliğe yönelik tutumlar) etiyojisi ile ilgili faktörlerdir.<sup>1</sup>

Sertleşme Bozukluğu'nun tedavisi geçen yüzyıldan bu yana ilerleme göstermiştir. Sertleşme Bozukluğu'nun vasküler, nörolojik ve hormonal nedenlerinin anlaşılmasındaki gelişmeler ile çok sayıda farmakolojik ve cerrahi tedavi ortaya çıkmıştır. Tıbbi tedaviler Sertleşme Bozukluğu'nun altında yatan patofizyolojik mekanizmaları tedavi etmeyi amaçlamakla birlikte, Sertleşme Bozukluğu'nun tüm tipleri için psikojenik bir bileşen bulunmaktadır.<sup>24</sup> Bu yüzden günümüzde tedavide Sertleşme Bozukluğu'nun etiyojisi organik dahi olsa psikolojik müdahalelerin tedaviye dahil edilerek bütüncül bir tedavi yaklaşımının benimsenmesi önemlidir.<sup>25</sup> Sertleşme Bozukluğu'nun tedavisinde çeşitli psikolojik müdahaleler uygulanabilmektedir. Bunlar arasında; sistematik duyarsızlaştırma, duyumlara odaklanma, davranışsal ödevler, cinsel eğitim, iletişim ve cinsel beceri eğitimi ve mastürbasyon egzersizleri ve bunların da kullanıldığı cinsel terapi, kişilerarası terapi, internette terapi ve diğer müdahaleler içinde yer alabilecek alternatif tedavilerdir.<sup>24,26</sup> Psikoterapi, Sertleşme Bozukluğu için klinik tedavileri daha etkili hale getirerek psikososyal engellerin aşılmasında yardımcı olabilmektedir. Psikoterapinin hedefleri arasında tıbbi müdahaleye yönelik dirençlerin belirlenmesi ve ele alınması, performans anksiyetesinin azaltılması veya ortadan kaldırılması, bir çiftin cinsel aktivitesinin bağlamının anlaşılması ve cinsel senaryoların eğitim ve

modifikasyonunun yapılması yer almaktadır.<sup>27</sup> Uzun süreli izlemi olan tüm çalışmalarda erkekler, hastalıklarının yineleme eğilimi olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle terapi sonlandıktan sonra terapistlerin danışanlarına düzenli destek seansları planlamaları önemlidir.

Sertleşme Bozukluğu'nun etiolojisinde psikolojik faktörlerin oynadığı rolü araştıran çalışmaların sayısında artış olmasına rağmen, alanyazın Sertleşme Bozukluğu'nun tedavisi için psikoterapinin sonuçları hakkında çelişkili raporlar sunmaktadır.<sup>28</sup> Yapılan araştırmaların sonuçları, yaşam boyu (primer) ve edinilmiş (sekonder) Sertleşme Bozukluğu olan erkeklerin cinsel terapi aldıklarında hem başlangıçta hem de uzun vadede önemli kazanımlar sağladığına işaret etmektedir. Edinilmiş bozukluğu olan erkekler yaşam boyu bozukluğu olanlara göre daha iyi ilerlemeler göstermektedirler. Masters ve Johnson,<sup>10</sup> yaşam boyu ve edinilmiş Sertleşme Bozukluğu için sırasıyla % 41 ve % 26'lık başarısızlık oranlarını bildirmişlerdir. Bu kohortun 2-5 yıllık izlemleri, erkeklerin bu terapi yönteminden sağladıkları kazançlarını sürdürdüğünü göstermiştir. Althof ve Wieder<sup>27</sup> Masters ve Johnson'ın çalışmalarının eşsiz olduğunu ve başka hiçbir klinik merkezin başarılarının büyüklüğüne rakip olmadığını ya da bu kadar uzun bir izlem aralığına sahip kapsamlı bir kohort olarak rapor veremediğini belirtmişlerdir. Sertleşme Bozukluğu'nun tedavisinde klinik tedavilere kıyasla psikolojik müdahalelerin etkinliğini değerlendiren bir meta-analiz, grup terapinin Sertleşme Bozukluğu'nu iyileştirdiğini ve fosfodiesteraz tip 5 inhibitörlerine (PDE5-i) ek olarak psikoterapinin sadece ilaç tedavisine göre daha etkili olduğunu göstermiştir.<sup>29</sup> Sertleşme Bozukluğu'nun tedavisinde psikolojik müdahaleler ile PDE5-İ'lerin kombine edilmesine yönelik yapılan bir gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında kombine tedavinin psikolojik müdahaleler ve PDE5-İ'lerin tek başına kullanılmasına göre daha etkili olduğu bulunmuştur.<sup>30</sup> Tek başına tedavi olarak psikolojik müdahaleler ve PDE5-İ arasında da bir fark bulunmamıştır. Tüm bu olumlu sonuçlara rağmen Fröhlich ve arkadaşları<sup>7</sup> 1980-2009 yılları arasında mevcut olan çalışmaları gözden geçirdikleri meta-analiz çalışmalarında psikolojik müdahalelerin Sertleşme Bozukluğu olan hastaların belirti ciddiyeti üzerindeki etkinliğine ilişkin ve bu hastaların cinsel doyumlarını arttırmada etkili olduklarına dair bulgu elde edememişlerdir. Sertleşme Bozukluğu olan erkekler/çiftlerle yapılan yayınlanmış seçkisiz, çift-kör, plasebo-kontrollü psikoterapi çalışmaları yetersizdir. Psikoterapi çalışmalarının çoğunluğu kontrol grubu olmayan ve körlemesine yapılmayan çalışmalar olarak nitelendirilebilir.

Son yıllarda, internet üzerinden uygulanan terapi yöntemleri ile ilgili çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Araştırmalar, Sertleşme Bozukluğu'nun tedavisinde internet üzerinden uygulanan BDT'nin sonuçlarının kontrol grubuna kıyasla daha iyi olduğunu göstermiştir.<sup>13,26</sup>

Uzun yıllardır Sertleşme Bozukluğu'nun tedavisi için hipnoterapi, pelvik taban fizyoterapisi, biofeedback ve akupunktur da dahil olmak üzere sayısız alternatif tedavi yöntemi kullanılmıştır.<sup>31</sup> Sertleşme Bozukluğu olan erkekleri akupunktur ve hipnoz grubuna ve plasebo grubuna seçkisiz atayan bir çalışmada, tedavi grubunda cinsel işlevlerde bir iyileşme görülmesine rağmen bu, kontrol grubundan anlamlı farklılık göstermemiştir.<sup>32</sup> Bu konuda yapılan seçkisiz kontrollü çalışmalar yetersizdir.

Sertleşme Bozukluğu'nun tedavisinde ilk seçenek ilaç tedavisi olmasına rağmen bu tedavilerin tam olarak etkili olmadığı olgular az değildir. Bu bağlamda Sertleşme Bozukluğu'nun kökeninde organik nedenler olsa dahi, psikososyal bir bileşene sahip olduğuna dair artan bir anlayış vardır. Sertleşme Bozukluğu'nun psikolojik etkileri vardır ve psikoterapiyi bu erkeklerin tedavisine dahil etmenin olumlu etkilerini gözden kaçırmamak gerekmektedir. Böylesi bir yaklaşım Sertleşme

Bozukluğu'nun tedavisinin geleceğini temsil etmektedir.<sup>33</sup>

### C. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

Amerikan Psikiyatri Birliği Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu'nu cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşümlerin ve cinsel etkinlik için isteğin, sürekli ya da yineleyici olarak az olması (ya da olmaması) olarak tanımlamıştır.<sup>1</sup> Cinsel istek sorunları 18-24 yaş arasındaki genç erkeklerin yaklaşık olarak %6'sında ve 66-74 yaş arasındaki erkeklerin yaklaşık olarak %41'inde bulunmaktadır.<sup>1</sup> Türkiye'de erkeklerde istek sorunlarının %7,3 olduğu görülmektedir.<sup>5</sup> Cinsel istek fizyolojisi, karmaşık bir biyokimyasal ve psikososyal faktörler ağını içermektedir. Birçok psikiyatrik tanı, tıbbi durumlar ve ilaçların cinsel işlevler üzerinde önemli olumsuz etkileri vardır ve bu da cinsel isteğin azalmasına neden olmaktadır. Çalışmalar düşük cinsel istek ile major depresyon, anksiyete ve somatizasyon bozuklukları arasında ilişki olduğunu göstermiştir.<sup>34</sup> Boşanma, maddi sorunlar, ilişki çatışmaları, çekici olmayan bir partner, partnerin performansı ve uyguladığı teknikler, öfke, stres, travma sonrası stres bozukluğu, olumsuz düşünceler, kişisel ve ailevi değerler ve sosyokültürel tabular gibi pek çok faktör cinsel isteği etkilemektedir.<sup>33</sup>

Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu'nun tedavisinde psikoterapötik yaklaşımlar önerilmektedir. Bu bozukluk için spesifik psikoterapötik müdahaleler şu bileşenlere sahiptir: Cinsel etkileşim ve istek ile ilgili olumlu ve olumsuz duyguları tanımlamaya çalışan duygusal farkındalık; sorunu anlamak için bir çerçevenin hastaya önerildiği içgörü ve anlayış; bireysel psikolojik nedenlerin ve etkileşim faktörlerinin ele alınıp düzeltilmesi, bilişsel ve sistemik terapiler; cinsel etkileşimin önündeki engelleri aşamalı olarak aşmak için çeşitli stratejilerin kullanıldığı, davranışçı müdahaleler.<sup>35</sup>

Cinsel terapi, Masters ve Johnson'ın klasik müdahaleleri ve Kaplan'ın daha entegre psikodinamik ve sistemik müdahalelerini birleştirerek, Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu'nu tedavi etmeye yönelik yaklaşımlar geliştirmiştir.<sup>10,11</sup> Kısacası, bu prosedürler hastanın eşyle ilişki kurmasında aşamalı olarak daha bütünleşmiş ve karmaşık cinsel davranışlar için öngörülen dizilerin kullanılmasını ve cinsel istek yavaşlığına engelleyici düşünülen bilişsel süreçleri ele almak, yorumlamak, yüzleştirmek ve çift etkileşiminin yeniden yapılandırılmasını içeren çeşitli psikoterapötik müdahaleleri içermektedir.

Düşük Cinsel İstek Bozukluğu olan erkeklerde ilişki çatışmaları varsa çift/ilişki terapisi yapılabilir. Her ne kadar çift terapinin düşük cinsel isteğe uygulandığına dair raporlar hala anekdotal olsada, klinik deneyimler bu yaklaşımın makul ve etkili olduğunu göstermektedir.<sup>36</sup> Bazen sıkıntılı ilişkiler nispeten basit müdahalelerden yarar görmektedir. Örnekler arasında açık ve dürüst bir yaklaşımla cinsel konularla ilgili açık iletişimin kullanılması, fiziksel yakınlığa daha fazla zaman ayırma, duyguları paylaşma ve yakınlık ile ilgili konuşmak vardır.

Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu'nun psikolojik tedavisiyle ilgili çalışmaların olmadığı görülmektedir.<sup>7</sup> Düşük cinsel istek daha az stres düzeyi ile ilişkili olduğu için bu erkeklerin terapiye başlamaları ve terapiyi tamamlamaları daha düşük olasılıktadır. Ayrıca erkeklerin büyük bir çoğunluğu uzun süredir bu rahatsızlığı çekmektedir.<sup>37</sup> Bu da bu sorunu tedavi etmeyi daha zor bir hale getirmektedir. Düşük Cinsel İstek Bozukluğu olan erkeklerde daha uzun süreli terapiler gereklidir.

### D. Erken Boşalma

Erken Boşalma cinsel partnerli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girmeden önce, vajinaya girer girmez ya da vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü olarak tanımlanmaktadır.<sup>2</sup> Erken Boşalma %26,2'lik oranı ile en yaygın erkek cinsel sorunlarından bir tanesidir.<sup>38</sup> Erken Boşalma'nın DSM-5'teki yeni tanımıyla birlikte erkeklerin

sadece %1-3'ü bu tanıyı almıştır.<sup>1</sup> Türkiye'de Erken Boşalma'nın yaygınlığı %20'dir.<sup>39</sup>

Erken Boşalma'nın fiziksel ve psikolojik nedenleri vardır. Farklı kuramsal yönelimli klinisyenlerin, bir erkeğin neden Erken Boşalma'dan muzdarip olduğu konusunda çeşitli açıklamaları vardır. Psikodinamik yaklaşım, kadınlara yönelik bilinçdışı düşmanca duygusal durumlara, davranışçı yaklaşım, Erken Boşalma'nın duyumsal farkındalıkta bir eksiklik (cinsel heyecan seviyelerinin işaretini anlamamak) ya da erken öğrenilen deneyimler tarafından koşullandırılan tepkiler (örn., arabanın arka koltuğunda aceleci ve gergin sevişme) nedeniyle geliştiğine, bilişsel yaklaşım Erken Boşalma'yı sürdüren ya da kötüleştiren düşüncedeki çarpıklıklara (örn., aşırı felaketeleştirme, aşırı genelleştirme, akıl okuma), aile/ilişki yaklaşımı, ilişkinin dinamiklerine, güç ve kontrol konularına ve her bir partnerin duygusal ve cinsel yakınlık yönetimine vurgu yapmaktadır.<sup>40</sup>

Psikoterapistlerin/cinsel terapistlerin çoğu, farklı kuramsal okullardan gelen fikirleri bir araya getirmekte ve erkeklere veya çiftlere entegre bir psikolojik tedavi biçimi sunmaktadır. Erken Boşalma'nın günümüzdeki psikoterapisi, kısa süreli psikoterapi modelinde psikodinamik, sistemler, davranışsal ve bilişsel yaklaşımların bütünleşmesinden oluşur. Erken Boşalma'sı olan erkekler ve çiftler için psikolojik tedavi cinsel beceri/tekniklere yöneliktir ancak aynı zamanda benlik saygısı, performans anksiyetesi ve kişilerarası çatışma konularına da odaklanmaktadır. Erken Boşalma'nın psikolojik tedavisinin birçok amacı vardır. Bunlar: (1) boşalmayı kontrol etmek ve/veya geciktirmek için teknikleri öğrenmek; (2) kendi cinsel performansına güven duymayı kazanmak; (3) performans anksiyetesini azaltmak; (4) katı cinsel repertuarları değiştirmek; (5) yakınlığın önündeki engelleri aşmak; (6) işlev bozukluğunu artıran ve sürdüren kişilerarası sorunları çözmek; (7) cinsel işleve müdahale eden duygularla/düşüncelerle uzlaşmak; ve (8) iletişimi arttırmak.<sup>41</sup>

Sınırlı sayıdaki araştırmalara rağmen, boşalma işlevinin bozulmasının tedavisinde davranışçı terapiler önde gelmektedir. Davranış terapisinde birincil hedef, erkeklerin orgazm öncesi heyecanı tanımlamasını ve izlemesini ve orgazmı bastırmayı veya uyarımı azaltmak için fiziksel hareketlerini değiştirmeyi öğrenmesini sağlamaktır. Davranışçı terapidde birden çok strateji tanımlanmıştır. Bunlardan en çok bilineni "dur-başla" tekniğidir. Diğer stratejiler, "sıkma" tekniğini, cinsel aktivitenin başlamasından hemen sonra genital uyarımın geciktirilmesini, farklı uyarım biçimlerini denemeyi (manuel, oral) içerir.<sup>42</sup> Bunlarla birlikte cinsel eğitim, anksiyete azaltma, masturbasyon eğitimi ve uyarım eğitimi kullanılabilir.

Erken Boşalma için psikoterapi/cinsel terapi, bireysel, çift olarak veya grup şeklinde yapılabilir. İnternette ya da telefonla psikoeğitimsel tedavi sunan deneysel programlar da vardır. Ayrıca yaşam boyu, edinsel, doğal değişken ve subjektif Erken Boşalma alt tipleri arasındaki farklılıklar nedeniyle, klinisyenlerin psikolojik müdahalelerini, her bir Erken Boşalma alt tipi ile erkeklerin ve partnerlerinin genel ve özel deneyimlerine uyarlamaları gerekmektedir.<sup>40</sup>

Genel olarak, Erken Boşalma tedavisinde psikolojik müdahalelerin etkinliği hakkında zayıf ve tutarsız kanıtlar bulunmaktadır. Uzun süreli izlemi içeren çoğu çalışma, tedaviden sonra Erken Boşalma oranlarının azaldığını göstermiştir. Masters ve Johnson<sup>10</sup>, "sıkma" tekniğini kullanmanın, duymalara odaklanmanın, bireysel ve kombine terapinin yanı sıra cinsel beceri ve iletişim eğitiminin sonuçlarını bildirdikleri çalışmalarında "başarısızlık oranları"nın tedaviden hemen sonra ve 5 yıllık izlemde sırasıyla %2,2 ve %2,7 olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte Masters ve Johnson'ın elde ettikleri bu başarı oranları sonrasında tekrarlanamamıştır.<sup>43</sup> De Carufel ve Trudel<sup>44</sup> davranışçı terapinin

bekleme listesi kontrol durumundan, cinsel ilişki süresi ve çiftlerin cinsel doyumları açısından daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte davranışçı stratejilerin gerçek etkinliği bilinmemektedir.<sup>42</sup> Bir meta-analiz çalışmasında psikolojik müdahalelerin Erken Boşalma'sı olan hastaların belirti ciddiyeti üzerindeki etkinliğine ilişkin ve bu hastaların cinsel doyumlarını arttırmada etkili olduklarına dair bulgu elde edilememiştir.<sup>7</sup>

Tek başına psikoterapi için yapılan araştırmaların sonuçlarının, kontrol gruplarının olmaması, küçük örneklem büyüklükleri, yetersiz sonuç ölçümleri ve izlemin olmaması gibi zayıf yöntemsel tasarımlar nedeniyle yorumlanması ve karşılaştırılması zordur. Bununla birlikte, bu yöntemsel engelleri aşan az sayıda çalışma psikolojik müdahalelerin erkeklere ve çiftlere ümit verici bir tedavi seçeneği sunduğunu göstermektedir.<sup>40</sup> Sonuç olarak psikoterapi, ilişki ve iletişim zorluklarını içeren daha karmaşık durumlar için hala endike olmaya devam edecektir.

## V. Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Psikolojik Müdahaleler

### A. Kadında Orgazm Bozukluğu

Kadında Orgazm Bozukluğu tanısı koyabilmek (1) orgazmda belirgin gecikmenin, belirgin orgazm seyrekliği ya da yokluğunun ve/veya (2) orgazm duyumlarının en düşük yoğunlukta olmasının varlığını gerektirmektedir. Bu belirtiler her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) yaşanmalıdır.<sup>2</sup> Kadında Orgazm Bozukluğu'nun yaygınlığı yaş, süre, kültür ve belirtilerin şiddetine bağlı olarak %10-42 arasında değişmektedir.<sup>1</sup> Türkiye'de kadınların %42,7'inde orgazm sorunu ve %45'inde doyum sorunu vardır.<sup>6</sup> Kadında Orgazm Bozukluğu'nun etiyojisi belirsiz olsa da bir kadının orgazma ulaşma yeteneği nöroanatomi, fiziksel, psikolojik, sosyokültürel ve etkileşimsel faktörler gibi bir takım faktörlerden etkileniyor gibi görünmektedir.<sup>45</sup> Pek çok psikolojik durum, bir kadının orgazma erişme yeteneğini etkileyebilmektedir. Bu durumlar arasında anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği bozukluğu, beden imgesi bozuklukları, cinsel istismar, stres, ilişki çatışması ve yakınlığın olmaması gibi kişilerarası ilişkilerde sorunlar ve cinsellikle ilgili olumsuz dini görüşler bulunmaktadır.

Kadında Orgazm Bozukluğu'nun psikolojik tedavisinde, psikanalitik, BDT gibi birçok farklı bakış açısı var olmakla birlikte önemli araştırmalar sadece BDT için mevcuttur.<sup>46</sup> Kadında Orgazm Bozukluğu'nun tedavisinde psikanalitik terapinin sonuçlarına ilişkin veriler azdır ve daha çok klinik raporlarla sınırlıdır.<sup>45</sup> Anorgazmi için BDT, tutumlardaki ve cinsel ilişki ile ilgili düşüncelerdeki değişiklikleri teşvik etmeye, anksiyeteyi azaltmaya ve orgazm olma yeteneği ve doyumunu arttırmaya odaklanmaktadır. Davranışsal egzersizler yönlendirilmiş masturbasyon, duymalara odaklanma ve sistematik duyarsızlaştırma'dır. Cinsel eğitim, iletişim becerileri eğitimi ve Kegel (pubokoksigeal kas) egzersizleri de sıklıkla anorgazmi için BDT programlarına dahil edilmektedir.<sup>47</sup> Koital hizalama tekniği de özellikle kadın orgazm bozukluğunu tedavi etmek için geliştirilmiştir.<sup>48</sup> Bu pozisyon standart misyoner pozisyonuna benzer (erkek üsttedir), ancak klitoral uyarıma daha fazla izin vermektedir. Bu teknikte kadın sırt üstü yatar erkek dirseklerinden destek almadan onun üzerine uzanır. Daha sonra erkek penisinin tabanı kadının klitorisine doğrudan temas kuracak şekilde ileri doğru kayar.<sup>49</sup> Böylece klitoris baskı yapılmaktadır. Bu tedaviler hem yalnız hem de eşle birlikte yapılabilir.

Farklı bilişsel ve davranışsal teknikler arasında, yönlendirilmiş masturbasyon eğitimi Uluslararası Cinsel Tıp Derneği Konsensüsünün (Consensus of the International Society for Sexual Medicine)

A Sınıfı kanıt desteğiyle şiddetle tavsiye edilen yaklaşımdır.<sup>50</sup> Yönlendirilmiş masturbasyon eğitimi, 4-16 haftalık terapi seanslarından ve genital uyarıma aşamalı maruz kalmadan oluşan davranışsal bir tekniktir. Yönlendirilmiş masturbasyon, eğitim, kendini keşfetme ve beden farkındalığı, masturbasyon egzersizleri ve duyumlara odaklanma egzersizlerinden oluşmaktadır. Yönlendirilmiş masturbasyonda başlangıçta beden farkındalığı ve beden kabulü ve beden görsel ve dokunsal keşfi konusuna odaklanan ev ödevleri verilmektedir. Daha sonra kadınlar masturbasyon teknikleri konusunda bilgilendirilmekte ve kadınlara cinsel heyecanı arttırmak için fantezi ve imge kullanmaları, topikal kayganlaştırıcılar ve vibratörler kullanmaları ve genellikle okumaları için erotik edebiyat veya izlemeleri için erotik filmler tavsiye edilmektedir.<sup>51</sup> Alanyazındaki bulgulara göre oldukça etkilidir; yönlendirilmiş masturbasyonu tedavi olmama durumuyla karşılaştıran sekiz seçkisiz kontrollü çalışmanın yalnızca bir tanesinde aktif tedavi kolu için etkinlik gösterilememiştir.<sup>52</sup>

İki cinsel terapi tekniği olan koital hizalama tekniği ve yönlendirilmiş masturbasyonun etkinliğinin klinik olmayan bir örnekleme değerlendirildiği bir çalışmada, her iki yaklaşım da cinsel ilişki sırasında orgazm tutarlılığında, orgazm gücünde ve genel orgazm sayısında klinik olarak anlamlı iyileşmeler sağlamıştır.<sup>53</sup> Bununla birlikte koital hizalama tekniği, yönlendirilmiş masturbasyondan biraz daha olumlu sonuç vermiştir. Yazarlar orgazm süreklilik eğitimi gibi iki tekniği birleştiren tedavi yaklaşımlarının, birine veya diğerine bağlı olan bir tedavi modelinden daha faydalı olabileceğini belirtmişlerdir.

Anksiyete, kadının performansta yetersizliğine, utanç ve/veya suçluluğa odaklanmasına neden olarak erotik zevk sürecini bozan önemli bir rahatsızlığa neden olabilir. Masters ve Johnson tarafından tariflenen duyumlara odaklanma anksiyete azaltıcı bir tekniktir.<sup>10</sup> Bu yaklaşımın ilk değerlendirmeleri umut verici sonuçlar vermiştir fakat daha sonra yapılan çalışmalarda sürekli ve anlamlı bir fayda görülmediği görülmüştür.<sup>54,55</sup> Bununla birlikte, tüm karşılaştırmalı kontrollü çalışmalarda, yönlendirilmiş masturbasyon ile duyumlara odaklanmanın birlikte uygulandığı terapilerin, yalnızca yönlendirilmiş masturbasyondan daha etkili olduğu bulgulanmıştır.<sup>56</sup> Bu bulgular, çoğu durumda, anksiyetenin anorgazmde nedensel bir rol oynadığını ve anksiyete azaltma tekniklerinin sadece cinsel anksiyetenin bir arada olduğu durumlarda anorgazmik kadınlar için en uygun tedavi olduğunu göstermektedir. Cinsel eğitim, iletişim becerileri eğitimi ya da tek başına Kegel egzersizlerinin, yaşam boyu ya da edinsel anorgazmi tedavisinde etkili olduğunu gösteren doğrudan ampirik kanıt yoktur. Çalışmalar gözden geçirildiğinde, tüm bu yaklaşımların terapiye tamamlayıcı olarak hizmet verebilecekleri görülmektedir.<sup>47</sup>

### B. Kadında Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu

Kadında Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu tanısı cinsel ilginin/ uyarılmanın yokluğu ya da belirgin olarak az olması ile karakterizedir. Aşağıdakilerden en az üçü ile gösterilmelidir: (1) cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi gösterme, (2) cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşümlerin olmaması ya da çok az olması, (3) cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimlerine karşılık vermeme, (4) her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında, cinsel coşku/hoşlanma olmaması ya da çok az olması, (5) içten ya da dıştan gelen hiçbir cinsel simgeye (örn., yazılı, sözel ya da görsel) karşı cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da çok az olması ve (6) her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında, cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması

ya da çok az olması.<sup>2</sup> Kadında Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu DSM-IV'te tanımlanan Azalmış (hipoaktif) Cinsel İstek Bozukluğu ve Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu'nun bir araya getirilmesi ile oluşturulmuş bir tanıdır ve DSM-5'te yeni tanımlandığı için yaygınlık oranları bilinmemektedir. Fakat DSM-IV tanımına göre kadınlarda cinsel istek ve uyarılma sorunlarının yaygınlık oranları yaş, kültürel durum, belirtilerin süresi ve sıklığının varlığına göre değişmektedir. Buna göre cinsel istek sorunları 18-44 yaş arasındaki kadınların %8,9'unu, 45-64 yaşları arasındakilerin %12,3'ünü ve 65 yaş üstü kadınların %7,4'ünü etkilemektedir.<sup>57</sup> Uyarılma ve lubrikasyon sorunlarının yaygınlığı ise %8-15 arasında değişmektedir.<sup>4</sup> Türkiye'de Oksuz ve Malhan 18-55 yaşları arasındaki kadınların %48,3'ünde istek sorunu, %35,9'unda uyarılma sorunu ve %40,9'unda lubrikasyon sorunları olduğunu bildirmişlerdir.<sup>6</sup>

Uzun yıllar DSM-IV tanı kriterleri kullanıldığı ve DSM-5 tanı kriterlerini kullanarak yapılan araştırma verileri ve klinik deneyimler yeterli olmadığı için bundan sonraki bölümde Kadında Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu yerine DSM-IV tanıları olan Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu ve Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu ayrı ayrı ele alınacaktır.

Normal kadın cinsel isteği genellikle güvenli bir çevre, kendine saygı ve çekici ve uygun bir partner gerektirmektedir. Durumsal Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'nda işlevsel olmayan bir ilişki, dış stresler veya eş kaybı cinsel isteğin az olmasının yaygın nedenleridir. Ayrıca menoz, genel sağlık ve psikiyatrik bozukluklar da cinsel isteği etkilemektedir. Kadınlarda azalmış cinsel istek şikayeti olan kişilerin değerlendirilmesi oldukça karmaşıktır. Psikolojik, biyolojik, kişilerarası ve bağlamsal pek çok faktör bu soruna katkı yaptığı için hem değerlendirilmede hem de tedavide kısa bir süreç yoktur. Kadın cinselliğinin tam olarak anlaşılması kadınların özellikle yaşam döngüsü, yaş ve toplum ve kültürle ilgili elde ettiği cinsellikle ilgili içerikler üzerine artan bilgilerle sağlanabilmektedir.<sup>58</sup>

Kadında Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'nun tedavisine terapistler çeşitli açılardan yaklaşmaktadır. Kanıta dayalı uygulama, iletişim becerileri eğitime odaklanan terapi gruplarını, duyumlara odaklanmayı, fantezi eğitimi, bilinçli farkındalık becerilerinin gelişimini, yakınlık egzersizlerini ve eğitimi ve/veya istek azlığına nesiller arası etkileri ele alan bir sistemler arası modeli kapsamaktadır.<sup>59,51,60</sup> Terapi, bireysel terapi, çift terapisi veya her ikisinin de birlikte yürütüldüğü terapiler şeklinde olabilir. Tedavinin ilk aşaması, spontan ve tepkisel cinsel istek arasındaki farklar hakkında bir konuşma da dahil olmak üzere cinsel istekte azalma hakkında eğitimi içerebilir. Hastayı tedavi ekibinin aktif bir üyesi olarak hazırlamak önemlidir. Ayrıca genel toplumda CİB ve doyumсуuzluğun yaygınlıkları hakkında bilgi sahibi olmak kadınlara yalnız olmadıkları duygusu yaratacaktır. Libidoyu desteklemek için cinsel uyarıcı mekanizmaların işlenmesi ve geliştirilmesine odaklanılması genellikle engelleyici mekanizmaları azaltmaya çalışmaktan daha faydalıdır.

Kadında Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'nun BDT'sinde, duyumlara odaklanma yaklaşımına dayanan müdahaleler, genellikle diğer BDT müdahaleleri ile birleştirilir. Tedaviye başlarken tedavinin mantığı açıklanır, cinsel eğitim verilir ve cinsel ilişkide geçici bir yasak önerilir. Partnerler daha sonra, karşılıklı genital olmayan ve genital zevk alma, iletişim egzersizleri ve performans talebini ve buna bağlı anksiyeteyi azaltmayı amaçlayan egzersizler dahil olmak üzere bir ev ödevi alıştırmaları programını takip eder. Programa orgazm süreklilik eğitimi eklenebilir. Orgazm süreklilik eğitimi (1) yönlendirilmiş masturbasyona giriş; (2) çifte, erkeğin eşiyile cinsel ilişki başlamadan ve boşalmadan önce cinsel ilişki sırasında kadının orgazma ulaşmasına izin vermesini istemek ("bayanlar ilk önce" kuralı); ve (3) ilişki sırasında penis

tarafından doğrudan klitoral uyarım sağlamak için koital hizalama tekniğini içermektedir.<sup>51</sup>

Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu olan kadınlarda BDT'nin etkinliği çalışmalarında bildirilmiştir. McCabe,<sup>37</sup> 10 seans BDT'den sonra genel olarak, kadınların %44'ünde iyileşme kaydetmiştir. BDT'yi kontrol grubu ile karşılaştırılan bir çalışmada Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu olan kadınların sadece %26'sı tedaviden sonra bu sorunu bildirmeye devam etmiştir.<sup>60</sup> Bir meta-analiz çalışmasında BDT'nin, Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu olan kadınların cinsel doyumunu arttırmada orta derecede bir etkisi olduğu görülmüştür.<sup>7</sup> BDT, cinsel istekleri az olan kadınlar için yaygın olarak kullanılan bir tedavi olmaya devam etmektedir ve 2015 Uluslararası Cinsel Tıp Danışmanlığı (International Consultation on Sexual Medicine) tarafından B Sınıfı düzeyinde tavsiye edilmektedir.<sup>61</sup>

Son yıllarda kadında Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'nun tedavisinde bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların kullanıldığı görülmektedir. Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler kişinin duyguları ve algılarına odaklanması ve kabul etmesine olanak tanımaktadır. Cinsel aktivite sırasında kişinin bilişsel ve afektif dikkat dağınıklığının azalmasına yardımcı olur. Performans anksiyetesine ve izleyici olmaya odaklanmayı sağlar ve zevk almaya farkındalığı ve dikkati artırır. Sıklıkla geleneksel cinsel terapi strajelerinin yanısıra kullanılmaktadır. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin amacı, şimdi ve burada ve kabul ve kendini sevme farkındalığını geliştirmeye çalışan çeşitli bilinçli farkındalık egzersizlerini öğrenerek ve uygulayarak katılımcıları cinselliği ile bağlantı kurmaya ve ilişki kurmaya teşvik etmektedir. Terapi ayrıca kadın cinselliği ve cinsel işlevi ile ilgili bir eğitim bileşeni içermektedir. Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler ile yapılan çalışmalarda cinsel istek sorunlarında düzelmeler görülmüştür.<sup>12</sup>

Son zamanlarda kadın CİB'lerinde internet üzerinden uygulanan psikolojik tedavilerin etkinliği tartışılmaktadır.<sup>62</sup> Hucker ve McCabe<sup>63</sup> istek, uyarılma, orgazm ve ağrı sorunları olan kadınlara bilinçli farkındalık ve sohbet gruplarını dahil ettikleri çevrimiçi BDT uygulamışlardır. Zevki takip etmek (Pursuing Pleasure - PP) kadın cinsel işlevlerindeki sıkıntılar için çevrimiçi, bilinçli farkındalık temelli bir BDT'dir. Zevki takip etmek programı her biri yaklaşık iki hafta süren altı çevrimiçi modülden oluşmaktadır. Modül içeriklerinde psikoeğitim, duyumlara odaklanma, iletişim egzersizleri, bilişsel egzersizler ve bir terapistle e-mail ile bağlantı kurma vardır. Ayrıca programa bilinçli farkındalık eğitimi ve çevrimiçi sohbet gruplarının yanı sıra, partnerin cinsel işlevini değerlendirmekte eklenmektedir. Tedavi grubunda kadın cinsel yanıtının tüm alanlarında (cinsel ağrı hariç) önemli iyileşmeler ve cinsel sorunların ve sıkıntının sıklığında da anlamlı düşüşler görülmüştür. Kadınların cinsel işlevindeki bu iyileşmeler 6 aylık izlemde de devam etmiştir.

Kadında Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'nun psikoterapötik tedavilerinin etkinliğini değerlendiren araştırmalarda klinik çalışmaların yetersizliği ve yeterli kontrol gruplarının olmaması şu anda herhangi bir sonuç çıkarmayı zorlaştırmaktadır. Örneğin Frühauf ve arkadaşları<sup>7</sup> psikolojik müdahalelerin Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu olan kadınlarda belirti ciddiyeti üzerinde büyük bir etkinliğinin olduğunu göstermişken, bu kadınların cinsel doyumlarını arttırmada etkili olduklarına dair bulgu elde edememişlerdir. Bununla birlikte, kadında Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'nun tedavisinde BDT ve bilinçli farkındalık terapileri gibi psikolojik müdahalelere olan ilginin arttığı görülmektedir.<sup>64</sup>

Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu kendisini cinsel uyarılma duyumlarının olmaması ve çoğu erotik uyarıcıya karşı tepkisiz kalma şeklinde göstermektedir. Başka bir deyişle, tüm cinsel uyarıma ve uya-

rilma çabalarına karşın beklenen fizyolojik değişiklikler oluşmamakta ve kadın uyarılma ile ilgili duyumları alamamaktadır. Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu'nun nedeni çok faktörlüdür ve depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi psikolojik sorunlar, ilişki çatışmaları, partnerin performans ve tekniklerindeki yetersizlikler, yaşamının daha önceki dönemlerinde yaşadığı istismar ile ilgili konular, tıbbi hastalıklar, ilaçlar, menopoz, stres veya cinsel ilişkiyi rahatsız eden jinekolojik rahatsızlıklar buna dahil edilebilir.<sup>65</sup> Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu etiolojide örtüşen çok yönlü karmaşık bir sorun olduğu için sorunun etiolojisine bağlı olarak birçok tedavi seçeneği vardır. Cinsel terapi, danışmanlık, bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, stres ve yorgunluk azaltma, depresyon ve anksiyetenin tedavisi bunlara örnektir.

Kadınlarda görülen uyarılma bozukluklarının psikolojik tedavisi hakkında yayınlanmış çok az sayıda çalışma vardır.<sup>49</sup> Örneğin Brotto ve arkadaşlarının çalışmaları, vücutta olup bitenleri tanımaya odaklanan bilinçli farkındalık eğitiminin, gerçek fizyolojik uyarılmanın az veya hiç değişmemesine rağmen kişisel değerlendirilen genital lubrikasyon üzerinde olumlu bir etki ve erotik bir uyarın sırasında öznel ve kişinin kendisinin bildirdiği fiziksel uyarılmada marjinal olarak önemli bir gelişme olduğunu göstermiştir.<sup>19</sup> Tedavisine yönelik alanyazında Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu'na dair daha az çalışma olmakla birlikte Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'na yönelik uygulanan tedavi unsurları, uyarılma bozukluğu için, Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'ndaki kadar etkili olabilir.<sup>51</sup> Bununla birlikte gelecekte bu bozukluk ile ilgili daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

### C. Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu

Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu tanısı (1) birleşme sırasında vajinaya girme; (2) vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma; (3) vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmesinden ötürü, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma; (4) vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma belirtilerinden birinde (ya da daha çoğunda), sürekli ya da yineleyici güçlük çekmeyi gerektirmektedir.<sup>2</sup> Daha önce DSM-IV'te cinsel ağrı bozukluklarının alt kategorilerinde bugüne kadar ayrı tanımlar olarak yer alan Vajinismus ve Disparoni DSM-5'te Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu tanısı içine dahil edilmiştir. Bu yüzden Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu'nun yaygınlık oranları bilinmemektedir. Vajinismus'un dünya genelinde yaygınlığı %1-7 arasında iken klinik koşullarda oranın %5-17 arasına çıktığı belirtilmektedir.<sup>66</sup> Türkiye'de bu oranların farklı çalışmalarda<sup>67,68</sup> çok daha yüksek olduğu (sırasıyla, %41,7 ve %41) görülmektedir. Coğrafi konum ve ortama bağlı olarak Disparoni'nin yaygınlığı genç kadınlarda %14-34 ve yaşlı kadınlarda %6,5-45 arasında değişmektedir.<sup>69</sup> Türkiye'de Oksuz ve Malhan<sup>6</sup> kadınların %42,9'unda ağrı yakınması olduğunu belirtmişlerdir.

DSM-5 tanı kriterleri kullanılarak yapılan çalışmaların henüz yeterli olmaması nedeniyle bundan sonraki bölümde Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu yerine DSM-IV tanıları olan Vajinismus ve Disparoni ayrı ayrı ele alınacaktır.

Vajinismus kadınlarda tamamlanmamış evliliklerin en yaygın nedenidir.<sup>70</sup> Bu nedenle Vajinismus'u olan kadınların ve eşlerinin tedaviye başvurmaları için temel neden genellikle bir aile kurma ve/veya ilişkiyi koruma isteğidir. Dini tutumlar, baskıcı bir ebeveynin varlığı, olumsuz cinsel tutum, bilgisizlik ve cinsel eğitim eksikliği, Disparoni'nin varlığı ve partnerinde cinsel sorunun varlığı etiolojide önemlidir.<sup>71</sup> Diğer varsayılmış ancak doğrulanmamış etiolojik faktörler, işlevsel olmayan çift/evlilik ilişkileri ile cinsel/fiziksel istismar veya travmanın varlığını içerir. Vajinismus'un gelişimi için önerilen kuramsal

açıklamalardan biri fobiler ve ağrı için olan korku-kaçınma modelidir.<sup>51</sup> Modelin temel prensibi, vajinal penetrasyonun felaketleştirilmiş yorumunun bir kısır döngüye yol açabileceğidir.

Vajinismus'un tedavisi temelde psikolojiktir. Yirminci yüzyıldan günümüze kadar psikanaliz ve çift terapisi gibi farklı psikoterapi türleri Vajinismus'un tedavisi için önerilmiştir. Masters ve Johnson<sup>10</sup>, çift olarak çiftlerle yürüttükleri ve cinsel eğitimi ve kademeli dilatörlerin vajina içine yerleştirilme pratiklerini içeren davranışsal odaklı cinsel terapinin kullanımına öncülük etmişlerdir. Bu 1970'ten sonra birincil tedavi yöntemi haline gelmiş ve oldukça başarılı kabul edilmiştir. Sonrasında sistematik gözden geçirmelerde tedavilerin pek çoğunun sistematik duyarsızlaştırma ve BDT olduğu görülmektedir.<sup>72</sup> Son zamanlarda, biofeedback ve manuel tekniklerin eklenmesiyle Masters ve Johnson tipi dilatasyonu in vivo uygulayan pelvik taban fizyoterapisinin kullanımı giderek artmaktadır.

Vajinismus için Masters ve Johnson tipi tedavi, 2006 yılında bilişsel-davranışçı grup terapisini bilişsel-davranışçı bibliyoterapi ve bekleme listesi kontrol grubuyla karşılaştıran seçkisiz kontrollü bir çalışma kullanılarak ilk kez titizlikle değerlendirilmiştir.<sup>73</sup> Tedavi vajinal dilatasyon tekniklerini, cinsel eğitimi, gevşemeyi ve duyumlara odaklanma egzersizlerini içeriyordu. Tedaviden üç ay sonra, tedavi gruplarındaki kadınların %18'i (%14 grup terapisi; %9 bibliyoterapi), başarılı bir penil-vajinal ilişki bildirirken, bekleme listesi kontrol grubundaki hiçbir kadın başarılı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Bu çalışmaya göre tedavinin önemli bir etkisi olmasına rağmen bu etki, daha önce Masters ve Johnson<sup>10</sup> tarafından rapor edilen yüksek başarı oranlarından önemli ölçüde daha düşüktü.

Aşamalı alıştırma ve sistematik duyarsızlaştırmanın uygulanması, Vajinismus tedavisinde nispeten uzun bir geçmişe sahiptir. Burada genellikle kadının parmakları veya bu amaç için özel olarak yapılmış yapay cihazlar ile başlayan, vajinal dokunuş ve penetrasyona aşamalı olarak alışkanlık kazandıran aşamalı alıştırma egzersizleri ev ödevi olarak verilir. Bu temel unsurlar genellikle bilişsel yeniden yapılandırma, eğitim ve cinsel terapiyi içeren daha geniş bir yaklaşımın parçasıdır.<sup>51</sup> Aşamalı alıştırma tekniğinin kullanılmasının özellikle anksiyeteyi azaltmada etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir.<sup>74-76</sup>

Vajinismus'u yoğun bir vajinal penetrasyon korkusuyla ilişkili fobik bir bozukluk olarak yeniden kavramlaştıran alanyazındaki yeni yayınlardan sonra, ter Kuile ve arkadaşları fobileri tedavi etmek için kullanılan in vivo aşamalı alıştırma ve tepki önleme yöntemlerini Vajinismusta son derece etkili olarak uygulamışlardır.<sup>73,75</sup> Yakın tarihli bir seçkisiz kontrollü çalışmada yaşam boyu Vajinismus'u olan kadınlarda, vajinal penetrasyon nesnelarının yerleştirilmesini hedefleyen bir korku hiyerarşisine terapist destekli alıştırmanın, penetrasyon korkularını ve kaçınma davranışlarını azaltmada oldukça etkili olduğu bulunmuştur. Tedavi grubundaki kadınların %89'u (31/35), kontrol grubundaki kadınların %11'i (4/35) ile karşılaştırıldığında tedavi sonrası cinsel ilişkide bulunduğunu bildirmiştir. Başarılı bir şekilde tedavi edilen kadınların %90'ında, tedavinin ilk iki haftasında penetratif vajinal ilişki mümkün olmuştur.<sup>75</sup>

Vajinismus'un BDT'sinde psikoeğitim, gevşeme, Kegel egzersizleri, duyumlara odaklanma egzersizleri, alıştırma, bilişsel yeniden yapılandırma ve ev ödevleri kullanılan tekniklerdir.<sup>10,74</sup> Alanyazında Vajinismus tedavisinde BDT etkili bulunmuştur.<sup>73,74</sup>

Türkiye'de etkililik çalışmaları nadiren yapılmaktadır. Bununla birlikte alanyazında Vajinismus tedavisinde cinsel terapi ve BDT'nin etkililiğini inceleyen çalışmaların olduğu görülmektedir.<sup>77-80</sup> Kabakçı ve Batur<sup>77</sup> BDT'den yararlanan bir grup Türk Vajinismus hastasının özelliklerini ve bu tedavi modelinin hangi faktörleri değiştirdiğini araştır-

mayı amaçladıkları bir çalışma yapmışlardır. Araştırmaya, Vajinismus tedavisi için başvuran 28 çift katılmıştır. Tüm çiftler ilk seanstan önce, tedavi tamamlandıktan sonra ve izlem seansında olmak üzere 3 kez değerlendirilmişlerdir. On iki çift ilk değerlendirme seansından sonra tedaviyi bırakmış, kalan katılımcıların tamamı BDT ile etkin bir şekilde tedavi edilmiştir. Terapinin sonunda kadınların anksiyete düzeyleri azalmıştır. Ayrıca kadınların evlilik uyumu ve genel cinsel işleyişi ile ilgili parametrelerde de gelişmeler olmuştur. Yasan ve Akdeniz<sup>78</sup> geleneksel İslam kültüründe yaşayan çiftlerde cinsel terapinin yaşam boyu Vajinismus için uygun bir tedavi yöntemi olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma ayrıca etkili bir cinsel terapinin bile kültürel beklentilere, değerlere ve evlenme biçimine göre değiştirilmesi gerektiğini göstermiştir. Bir diğer çalışmada Vajinismus'u olan kadınlar ve onların eşlerinin cinsel sorunlarının, Vajinismus için uygulanan bilişsel davranışçı yöntemlere dayalı cinsel terapi sonrasında değişip değişmediği araştırılmıştır.<sup>79</sup> Yaşam boyu Vajinismus nedeniyle vajinal giriş sağlayamayan 28 evli çifte bilişsel davranışçı yöntemlere dayalı cinsel terapi uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçları Vajinismus'u olan kadınların cinsel sorunlarının tedaviden sonra azaldığını göstermiştir. Yakın zamanda BDT'nin Vajinismus'u olan kadınlar ve eşlerinin cinsel işlevleri, evlilik uyumları, depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır.<sup>80</sup> Bu çalışmada Vajinismus tanısı konulan 26 çifte haftada 1 gün yaklaşık 50 dakikalık seanslarla BDT uygulanmıştır. Sonuçta BDT'nin Vajinismus'u olan kadınlar ve eşleri için uygun bir tedavi yaklaşımı olduğu ve cinsel işlevlerde düzelmeler sağladığı, evlilik uyumunu arttırdığı ve depresyon ve anksiyete düzeylerini azalttığı görülmüştür.

Disparoni oldukça yaygın olmasına rağmen değerlendirilmesi ve tedavisi en zor klinik sorunlardan bir tanesidir. Cinsel ilişki ile ağrı, enfeksiyon, cilt hastalıkları veya neoplazinin yokluğunda kronik vulvar ağrı olarak tanımlanan bir vulvodini belirtisi olabilir. Vulvodini ve daha spesifik olarak vulvar vestibulitis (provoked vestibulodynia) (vulvar vestibülündeki ağrı), muhtemelen enflamatuar, hormonal, miyofasiyal ve nörolojik bir takım nedenlere bağlı gelişmektedir. Gergin pelvik taban kasları (daha önce Vajinismus olarak adlandırılan, en uygun şekilde hipertonic pelvik taban kas işlev bozukluğu olarak adlandırılan), Disparoni'nin nedeni kadar sonucu olabilir. Biyomedikal kuramlarla psikososyal kuramlar arasında değişen, sayısız genital ağrı kuramı vardır. Psikososyal yaklaşımlar, ağrı ile ilişkili bilişsel-duygusal ve psikofiziksel faktörlere odaklanmaktadır. Örneğin, belli bilişsel stiller (örn., aşırı duyarlı olmak ve felaketleştirme) ve kişilik özellikleri (örn., kaygı ve somatizasyonu abartmak) disparonik ağrı ile ilişkilidir.<sup>71</sup> Travmatik şekilde yaşanan ilk cinsel deneyim, çocukluk istismarı, psikolojik özellikler (kaygı-korku), kişilerarası özellikler (zayıf iletişim, güç çatışmaları, güvensizlik ve cinsiyet rol çatışması) diğer faktörler arasında sayılabilmektedir.

Disparoni tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.<sup>71</sup> Psikolojik tedavilerde pelvik kas gerginliğine odaklanan davranışçı müdahaleler (örn., biofeedback eğitimi) ve ağrı ve cinselliğe odaklanan BDT vardır.<sup>51</sup> Tedavi, ağrıyı azaltmak veya bununla başatmak için öğrenme tekniklerine ve bunun yanı sıra felaketleştirilmiş düşünceleri, ağrı beklentilerini ele almaya ve tüm cinsel değişimlerden kaçınmaya odaklanır. Biofeedback, vajinal ve/veya pelvik masaj, dokunma egzersizleri ve gevşeme tekniklerinin tümü değişik derecelerde başarı ile denenmiştir. Her iki partnerle bilişsel yeniden yapılandırma ve cinsel terapide olduğu gibi genel olarak vulvodini ve özellikle vulvar vestibulitis hakkında eğitim yardımcı olmaktadır.<sup>71</sup>

Vulvodini hastaları için genellikle BDT önerilir. Diğer ağrı durumlarında uygulanan yaklaşımlara benzer şekilde, BDT tipik olarak ağrı

yaşantısıyla ilgili bilişsel, duygusal, ilişkisel ve davranışsal amaçları hedefler. BDT'nin amacı kadının kendi başına ağrı kontrolünü sağlamasıdır. Pelvik tabandaki kas kasılmasını azaltmak ve cinsel aktivite sırasında ıslanmayı teşvik etmek amacıyla, felaketeleştirilmiş ağrı korkusunu azaltmaya ve doyumlu bir cinsel işlevi yeniden sağlamaya odaklanılır. Maladaptif örüntüler tanımlanmakta ve bunları değiştirmek için adımlar atılmaktadır. Bunun için pozitif başa çıkma stratejileri (örn., gevşeme, bilinçli farkındalık, dikkat dağıtma) kullanılmaktadır. Terapötik kazanımların korunması da bir tedavi odağı olmaktadır. BDT özellikle vulvodini hastalarının istenmeyen biliş veya davranışlarını, duygusal sorunlarını ve/veya cinsel/ilişki işlevleri ile ilgili sorunlarını bildirmesi durumunda faydalı olabilir. Çalışmalarda vulvar vestibulitin tedavisinde BDT etkili bulunmuştur.<sup>81,82</sup> Fakat bekleme listesi kontrol gruplarının olduğu seçkisiz kontrollü çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

BDT grup formatında da olabilmektedir. Tedavi paketinde (1) vestibülitis ve Disparoni'nin istek ve uyarılmayı nasıl etkilediği hakkında eğitim ve bilgi, (2) çok yönlü bir ağrı görüşüne ilişkin eğitim, (3) cinsel anatomi hakkında eğitim, (4) aşamalı kas gevşetme, (5) abdominal nefes alma, (6) Kegel egzersizleri, (7) vajinal dilatasyon, (8) cinsel görünüme odaklanan dikkat dağıtma teknikleri, (9) kendi kendine başa etme ifadelerinin provası, (10) iletişim becerileri eğitimi ve (11) bilişsel yeniden yapılandırma yer almaktadır.<sup>51</sup>

Klinik pratikte Disparoni tedavisi genellikle bir gruptan ziyade bireysel formatta veya partnerle uygulanır. Bireysel terapi veya partnerle terapinin tedavi paketi genellikle BDT grubunun unsurlarının bir kombinasyonuna benzer. Birçok hasta tatmin edici sonuçlar oluşmadan önce farklı tedavi kombinasyonlarını denemek zorundadır. Bulunan mütevazı tedavi etkilerine rağmen, ağrısız bir ilişkinin birçok kadın için gerçekçi bir terapötik amaç olamayacağı fark edilmesi önemlidir.<sup>51</sup>

## VI. Sonuç

Bu makalede CİB'lerin tedavisinde kullanılan psikolojik müdahalelere genel bir bakış sunmak amaçlanmıştır. CİB'lerin tedavisinde cinsel terapi, BDT, evlilik/çift terapisi gibi geleneksel psikolojik müdahaleler kullanılmakla birlikte son yıllarda bilinçli farkındalık ve internette cinsel terapi gibi müdahalelerin kullanımının arttığı görülmüştür. CİB'lerin tedavisinde psikolojik müdahalelerin etkililiğine dair yapılan çalışmalarda, bu müdahalelerin CİB'lerin tedavisinde etkili olduğunun kanıtları vardır. Bununla birlikte, bu kanıtların özgül bozukluklar arasında oldukça değişken olduğu görülmektedir. Ayrıca psikolojik müdahalelerin etkililiğine yönelik seçkisiz kontrollü çalışmaların sayısı oldukça azdır. Böylece özgül CİB'ler için belirli müdahalelerin etkililiği, farklı müdahalelerin karşılaştırmalı etkililiği ve bu etkilerin daha büyük örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarla desteklenmesi gibi konularla ilgili olarak halen doldurulması gereken birçok boşluk bulunmaktadır. CİB'ler için psikolojik müdahalelerin, uzun vadeli ve karşılaştırmalı etkileri konusunda örneklemin belirlenmesi, uygulanan istatistikler ve sonuçların değerlendirilmesi gibi araştırma yöntemleri daha iyi olan daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır. Türkiye'de CİB'lerin psikolojik müdahaleleri ile ilgili olarak çok az sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu yüzden Türkiye açısından bu alanda önemli bir eksikliğin olduğu söylenebilir. Türkiye'de alanda çalışan uzmanların ve akademisyenlerin CİB'lerin tedavisinde psikolojik müdahalelere daha fazla dikkat göstermelerinin gerekli ve önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca Türkiye'de CİB'lerin tedavisinde psikolojik müdahalelerin etkililiği konusunda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of men-

tal disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanılma ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabından, çev. Köroğlu E (Çeviri Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.

3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. JAMA 1999; 281: 537-44.

4. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr ve ark. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. J Sex Med 2010; 7 (4 Pt 2): 1598-1607.

5. Oksuz E, Malhan S. The prevalence of male sexual dysfunction and potential risk factors in Turkish men: a Web-based survey. Int J Impot Res 2005; 17: 539-545.

6. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. J Urol 2006; 175: 654-658.

7. Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Arch Sex Behav 2013; 42: 915-933.

8. Pervin LA. Psychodynamic and behavioral approaches to the treatment of sexual dysfunctions. Int J Ment Health 1981; 10(2-3): 158-168.

9. Walker LM, Robinson JW. Back to the basics: Origins of sex therapy, sexual disorder and therapeutic Techniques. Reprod Sys Sexual Disorders 2012; 1: 109.

10. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. New York: Bantam Books, 1970.

11. Kaplan HS. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel, 1974.

12. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. Behav Res Ther 2014; 57: 43-54.

13. Andersson E, Walén C, Hallberg J, Paxling B, Dahlin M, Almlöv J ve ark. A randomized controlled trial of guided Internet-delivered cognitive behavioral therapy for erectile dysfunction. J Sex Med 2011; 8: 2800-2809.

14. Althof SE. What's new in sex therapy (CME). J Sex Med 2010; 7(1 Pt 1): 5-13.

15. Shalev O, Yerushalmi H. Status of sexuality in contemporary psychoanalytic psychotherapy as reported by therapists. Psychoanal Psychol 2009; 26(4): 343-361.

16. Hartmann U. Sigmund Freud and his impact on our understanding of male sexual dysfunction. J Sex Med 2009; 6(8): 2332-2339.

17. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol 2010; 65(2): 98-109.

18. Austin J. Zen and the brain. Cambridge: MIT Press, 1998.

19. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. J Sex Med 2008; 5: 1646-1659.

20. Di Sante S, Mollaioli D, Gravina GL, Ciocca G, Limoncin E, Carosa E ve ark. Epidemiology of delayed ejaculation. Transl Androl Urol 2016; 5: 541-8.

21. Perelman MA. Psychosexual therapy for delayed ejaculation based on the Sexual Tipping Point model. Transl Androl Urol 2016; 5: 563-575.

22. Abdel-Hamid IA, Ali OI. Delayed ejaculation: pathophysiology, diagnosis, and treatment. World J Mens Health 2018; 36: 22-40.

23. Blair L. How difficult is it to treat delayed ejaculation within a short-term psychosexual model? A case study comparison. Sex Relat Ther 2018; 33: 298-308.

24. Patel N, Hsieh TM. Urologic/clinical treatment of erectile dysfunction. In: Management of sexual dysfunction in men and women: An interdisciplinary approach, Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT, Giraldo A, Perelman MA eds. New York: Springer, 2016: 53-63.

25. Perelman MA, Pastuszak AW. Commentary: The future of erectile dysfunction therapy II-novel pharmacotherapy and innovative technology. In: Management of sexual dysfunction in men and women: An interdisciplinary approach, Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT, Giraldo A, Perelman MA eds. New York: Springer, 2016: 117-121.

26. van Lankveld JJ, Leusink P, van Diest S, Gijs L, Slob AK. Internet-based brief sex therapy for heterosexual man with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. *J Sex Med* 2009; 6: 2224-36.
27. Althof SE, Wieder M. Psychotherapy for erectile dysfunction: now more relevant than ever. *Endocrine* 2004; 23(2-3): 131-4.
28. Melnik T, Soares BG, Nasselo AG. Psychosocial interventions for erectile dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3: CD004825.
29. Melnik T, Soares BG, Nasello AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *J Sex Med* 2008; 5: 2562-74.
30. Schmidt HM, Munder T, Gerger H, Frühauf S, Barth J. Combination of psychological intervention and phosphodiesterase-5 inhibitors for erectile dysfunction: a narrative review and meta-analysis. *J Sex Med* 2014; 11: 1376-91.
31. Aung HH, Dey L, Rand V, Yuan CS. Alternative therapies for male and female sexual dysfunction. *Am J Chin Med* 2004; 32: 161-73.
32. Aydin S, Ercan M, Çaşkurlu T, Taşçı AI, Karaman I, Odabaş O ve ark. Acupuncture and hypnotic suggestions in the treatment of non-organic male sexual dysfunction. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31:271-4.
33. Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT, Giraldi A, Perelman MA. (Eds). Management of sexual dysfunction in men and women: An interdisciplinary approach. New York: Springer, 2016.
34. Corona G, Petrone L, Mannucci E, Ricca V, Balercia G, Giommi R ve ark. The impotent couple: low desire. *Int J Androl* 2005; 28:46-52.
35. Rubio-Aurioles E. Commentary: Hypoactive sexual desire in men. In: Management of sexual dysfunction in men and women: An interdisciplinary approach, Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT, Giraldi A, Perelman MA eds. New York: Springer, 2016: 179-187.
36. Gehring D. Couple therapy for low sexual desire: a systemic approach. *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 25-38.
37. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behaviour therapy for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 259-71.
38. Laumann EO, Glasser DB, Neves RC, Moreira ED Jr, GSSAB Investigators' Group. A population-based survey sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior pattern in mature adults in the United States of America. *Int J Impot Res* 2009; 21: 171-178.
39. Serefoglu EC, Yaman O, Cayan S, Asci R, Orhan I, Usta MF ve ark. Prevalence of the complaint of ejaculating prematurely and the four premature ejaculation syndrome: Results from the Turkish Society of Andrology Sexual Health Survey. *J Sex Med* 2011; 8: 540-548.
40. Althof SE. Psychosexual therapy for premature ejaculation. *Transl Androl Urol* 2016; 5: 475-481.
41. Althof SE. Psychological approaches to the treatment of rapid ejaculation. *J Mens Health Gender* 2006; 3: 180-186.
42. Williams IV DH, Johnson BA. Clinical evaluation and treatment of disorders of ejaculation. In: Management of sexual dysfunction in men and women: An interdisciplinary approach, Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT, Giraldi A, Perelman MA eds. New York: Springer, 2016: 139-151.
43. Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga ME, Glina S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (8):CD008195.
44. de Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006; 32: 97-114.
45. Heiman JR. Orgasmic disorders in women. In: Principles and practice of sex therapy, fourth ed., Leiblum SR eds. New York: The Guilford Press, 2007: 84-123.
46. Fugl-Meyer KS, Oberg K, Lundberg PO, Lewin B, Fugl-Meyer A. On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18- to 74-year-old Swedish women. *J Sex Med* 2006; 3: 56-68.
47. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med* 2004; 1: 66-8.
48. Pierce A. The coital alignment technique (CAT). An overview of studies. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 257-68.
49. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C ve ark. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7(1 Pt 2): 327-336.
50. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J ve ark. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163: 888-893.
51. ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JDDM. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatr Clin N Am* 2010; 33: 595-610.
52. ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JDDM. Sexual dysfunctions in women. In: Handbook of evidence-based practice in clinical psychology. Volume II: Adult disorders, Sturmey P, Hersen M, eds. New York: Wiley, 2012.
53. Hurlbert DF, Apt C. The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm. *J Sex Marital Ther* 1995; 21: 21-29.
54. Heinrich AG. The effect of group and self-directed behavioral-education treatment of primary orgasmic dysfunction in females treated without their partners. Ph.D. dissertation, University of Colorado, Boulder, CO; 1976.
55. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav* 2002; 31: 445-450.
56. Heiman JR, Meston CM. Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annu Rev Sex Res* 1997; 8: 148-194.
57. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 970-978.
58. Basson, R. Sexual desire/arousal disorders in woman. In: Principles and practice of sex therapy, fourth ed., Leiblum SR eds. New York: The Guilford Press, 2007: 25-53.
59. Brotto L, Woo JT. Cognitive-behavioral and mindfulness-based therapy for low sexual desire. In: Treating sexual desire disorders, Leiblum SR eds. New York: The Guilford Press, 2010.
60. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relat Ther* 2001; 16: 145-164.
61. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers S ve ark. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2016; 13: 538-571.
62. Jones LM, McCabe MP. The effectiveness of an internet based psychological treatment program for female sexual dysfunction. *J Sex Med* 2011; 8: 2781-2792.
63. Hucker A, McCabe MP. Incorporating mindfulness and chat groups in online cognitive-behavioral therapy for mixed female sexual problems. *J Sex Res* 2015; 52: 627-639.
64. Brotto LA. Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Front Neuroendocrinol* 2017; 45:11-17.
65. Cohen SD, Goldstein I. Diagnosis and management of female sexual arousal disorder. In: Management of sexual dysfunction in men and women: An interdisciplinary approach, Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT, Giraldi A, Perelman MA eds. New York: Springer, 2016: 251-256.
66. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on classification/diagnosis, etiology, and treatment. *Womens Health* 2010; 6: 705-719.
67. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sex Med* 2007; 4: 1575-1581.
68. Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M, Eşsizoğlu A, Coştu Çakmak A, Çakmak E ve ark. Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; 48(özel sayı 1): 24-30.
69. van Lankveld JJ, Granot M, Weijmar Schultz WC, Binik YM, Wesselmann U, Pukall CF ve ark. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med* 2010; 7(1 Pt 2): 615-31.

70. Özdemir Ö, Şimşek F, Özkardeş S, İncesu C, Karakoç B. The unconsummated marriage: Its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic. *J Sex Marital Ther* 2008; 34: 268-279.
71. Binik YM, Bergeron S, Khalife S. Dyspareunia and vaginismus: so-called sexual pain. In: *Principles and practice of sex therapy*, fourth ed., Leiblum SR eds. New York: The Guilford Press, 2007: 124-156.
72. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012; 12: CD001760.
73. van Lankveld JJDM, ter Kuile MM, de Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 168-178.
74. ter Kuile MM, van Lankveld JJDM, de Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behav Res Ther* 2007; 45: 359-373.
75. ter Kuile MM, Melles R, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, van Lankveld JJDM. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list control trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81: 1127-1136.
76. Molaeinezhad M, Salehi M, Borg C, Yousefy A, Latifnejad Roudsari R, Salehi P ve ark. Marriage consummated for 32 Iranian women using therapist-aided exposure therapy: a brief report. *Sex Relat Ther* 2014; 29: 293-306.
77. Kabakçı E, Batur S. Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 277-288.
78. Yasan A, Akdeniz N. Treatment of lifelong vaginismus in traditional Islamic couples: A prospective study. *J Sex Med* 2009; 6:1054-1061.
79. Özdel O, Tümkaya S, Levent N, Atesci FÇ, Oğuzhanoglu, NK, Varma, G. Bilişsel davranışçı yöntemlere dayalı cinsel terapinin vajinismuslu kadınlar ve eşlerinin cinsel sorunları üzerindeki etkileri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013; 14: 129-35.
80. Şafak Öztürk C, Arkar H. Vajinismuslu çiftlerde bilişsel davranışçı terapinin cinsel doyum, evlilik uyumu, depresyon ve anksiyete belirti düzeylerine etkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2017; 28: 172-80.
81. Bergeron S, Khalife S, Glazer HI, Binik YM. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two and-one-half year follow- up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 159-166.
82. Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: cognitive- behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain* 2009; 141(1-2): 31-40.