

Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

Yrd. Doç. Dr. Gonca Soygüt BOYACIOĞLU*

Özet

Bu yazıda, kadında cinsel işlev bozukluklarının tanıtılması ve bozuklukların hazırlayıcısı ya da sürdürücüsü olan etkenlere değinilerek tedavi süreçlerinin genel bir aktarımının yapılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, öncelikle cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması ve sınıflandırılmasındaki güçlüklerden söz edilerek, özellikle kültürümüze özgü hazırlayıcı ve sürdürücü etkenler üzerinde durulmuştur. Son olarak da, kadında cinsel işlev bozukluklarına ilişkin klinik özellikler, temel tedavi ilkeleri ve programları özetlenerek, uygulama alanında karşılaşılan güçlükler kısaca tartışılmıştır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;2:54-59

Cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması ve sınıflandırılmasındaki güçlükler halen devam etmektedir. Kimi yazarlar, "kişinin istediği gibi cinsel ilişkide bulunmasını engelleyen cinsel bozukluklar" tanımını benimserken, kimileri de "cinsel uyarılara verilen cinsel yanıtların normal biçiminin uzun süreli bozulması" tanımını tercih etmektedirler. Bir başka görüş açısından, cinsel işlev bozukluğu hem cinsel doyum isteğinde hem de cinsel doyuma ulaşmadaki bozulmalar olarak tanımlanmaktadır. Sözü edilen bu farklı bakış açılarının varlığı, cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasında da kendini göstermektedir. Bu yazıda, kadında cinsel işlev bozukluklarına ilişkin farklı sınıflandırma anlayışları arasından DSM-IV sisteminin temel alınması tercih edilmiştir. Buna göre, cinsel işlev bozuklukları kadında:

* Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, ANKARA

A. Cinsel istek bozuklukları:

Cinsel istekte azalma; cinsel ilişki kurmaktan tiksinti duyma ve bundan tamamen kaçınma.

B. Cinsel uyarılma bozuklukları:

Cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene dek sekresyonun devam etmemesi.

C. Orgazmla ilgili bozukluklar:

Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da gerçekleşmemesi.

D. Cinsel ağrılar (Disparenü):

1. Cinsel ilişki sırasında yineleyici bir ağrının olması.
2. Vajinismus: Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyen ve yineleyici bir biçimde ya da sürekli istem dışı spazmın olması.

E. Genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları.

F. Diğer (Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları), olarak sınıflandırılabilir.

Diğer taraftan değerlendirme sürecinde, cinsel işlev bozukluklarının türünden bağımsız olarak, cinsel işlev bozukluğunun başlangıç zamanı ve olduğu ortamların dikkate alınması gerekmektedir. Sorun, bireyin ilk cinsel deneyiminden itibaren yaşıyorsa birincil cinsel işlev bozukluğunun varlığından söz edilebilir. İkincil cinsel işlev bozukluklarında ise bireyin cinsel yaşamında herhangi bir cinsel işlev bozukluğunun bulunmadığı doyurucu bir dönem bulunmaktadır ve sorun daha sonra ortaya çıkmaktadır.

Durumsal cinsel işlev bozukluklarında ise sorun belirli ortamlarda oluşurken başka ortamlarda yaşanmaz. Eğer cinsel sorun, ortamdan bağımsız olarak ve her türlü cinsel aktivite sırasında ortaya çıkıyorsa total cinsel işlev bozukluğundan söz edilir.

Hazırlayıcı etkenler

Cinsel işlev bozukluklarında hazırlayıcı etkenler arasında herhangi bir anatomik ya da fizyolojik bozukluk olmaksızın cinsel yaşama geçişteki zorlukların ve yanlış öğrenmelerin varlığı dikkati çekmektedir. Daha genel olarak, cinsel sorunların ortaya çıkması ve süregelenmesindeki nedenler arasında bilgi eksiklikleri, yanlış inanç ve tutumlar, başaramama korkuları sayılabilir. Bir bölümü erkekler için de geçerli olmakla birlikte, özellikle kadınlar açısından normal cinsel yanıtları etkileyebilecek sorunların bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği ve yanlış inançlar.
- Cinsellik ve sonuçlarıyla ilgili olumsuz beklentiler.
- Acı ve ağrı duymaktan korkma.
- Hamile kalmaktan korkma.
- Başkaları tarafından görülmekten korkma.
- İlişki sırasında çıkabilecek seslerin duyulmasından ve ilişkinin yarım kalmasından korkma.
- İlişkiyi kurmak, sürdürmek ve sonlandırmak konusunda yetersiz kalmaktan korkma.
- Kontrolü kaybetmekten korkma.
- Eşinin kontrolünü kaybedeceğinden korkma.
- Cinsel istismar ve travma yaşantıları.
- Eşle ilişkide sorunlar.

- Eşe karşı öfkeli, kırgın ya da dargın olma.
- Eşe güven duymama.
- İletişim sorunları.
- Evlilik öncesi ve evlilik dışı ilişkiler.
- Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz duyguları.
- Kendini değersiz çökkün görme, kendini zevk almaya layık görmeme.
- Bedenini beğenmeme ve kendini çekici bulmama.
- Uygun olmayan ortamlar.
- Yorgun hissetme ve zihinsel meşguliyetler.
- Alkol ve bazı ilaçların alınması (bazı antidepresanların geçici olarak normal cinsel tepkiyi bozabilmesi gibi).
- Fiziksel ya da psikiyatrik hastalıklar.

Sürdüren etkenler

Yukarıda da değinildiği gibi cinsel sorunların, çoğu kez doğal cinsel tepkinin baskı altına alınmasıyla ortaya çıktığı bilinmektedir. Daha az bilinen bir gerçek ise cinsel sorunların özellikle başarısızlık kaygısından dolayı sürmesidir. İlk cinsel tutukluluğa yol açmış olan kızgınlık, yorgunluk gibi herhangi bir neden çoktan ortadan kalkmış olabilir. Ancak "Bu sefer olacak mı?". "Bu sefer başarılı olabilecek miyim?" tarzında düşünme ve kaygılanma bir kısır döngü biçiminde sorunun sürüp gitmesinde önemli rol oynamaktadır. Kişi kendisine bunları söylemeye başlayınca da ilişki doğallığını kaybetmektedir. Sonuçta cinsel ilişki zevk alınan bir süreç yerine kişinin kendisini seyirci gibi izlemeye başladığı bir yaşantıya dönüşmekte ve ilişkide bulunmak daha da zorlaşmaktadır. Bunların dışında sorunu sürdüren etkenler arasında şunlar yer alabilir:

- Sorunun çözümü ile ilişkili yanlış uygulamalar
- Çok sık cinsel ilişki denemeleri.
- Cinsel ilişkiden kaçınma.
- İlişkiye kendini verememe.
- Suçluluk ve utanç duyguları.
- Eşin tepkileri.

Hazırlayıcı ve sürdürücü etkenlerle ilgili kültürümüze özgü özellikler

Son zamanlarda belirli sosyal sınıflarda yavaş yavaş geçerliliğini yitirmeye başlamakla birlikte bilindiği

gibi ülkemizdeki yaygın değerler, kadınların evlilik öncesi cinsel ilişkiye girmelerini yasaklamaktadır. Bunun en temel göstergesi olarak da kızlık zarının korunmuş olması aranmaktadır. Bu durumda, ülkemizdeki kadınların büyük bir bölümü nişanlılık ya da evlilik sürecine kadar cinsel yaşantıyı yeteri kadar tanımamaktadır. Kaldı ki toplumda tabu olarak görüldüğü için sağlıklı ve yeterli cinsel bilgilere de ulaşılamamaktadır. Yazarın izlediği vakaların büyük bir bölümünün cinsel bilgileri, ergenlik döneminde bu tür yaşantılara girmemiş hemcinslerinden bilgi eksikliği ve yanlışlıklar içeren rivayetler biçiminde edindikleri öğrenilmiştir. Bu vakaların çoğunda gözlenen diğer bir durum ise, ailedeki evlilik deneyimi olan diğer kadınlardan (anne, abla, yenge vb.) öğrenilen bilgilerin de şu tür içerikleri olduğudur: "İlk bir kaç seferinde çok acı duyacaksın ama sonra geçer", "Kızlık zarın yırtılırken çok fazla acı çekeceksin ve çok fazla kanama olacak", "Bir hafta boyunca ağır hareket yapma, sakın denize girme" vb. Görüldüğü gibi, kadınlara verilen bu bilgiler sanki tıbbi bir operasyon geçirecekler, başlarına kötü birşey gelecekmiş gibi mesajlar içermektedir. Bununla bağlantılı olarak yazarın dikkatini çeken diğer bir nokta, başvuran bazı kadınların nişanlılık sürecinde tam bir birleşme olmaksızın oldukça doyurucu cinsel yaşantılardan geçmiş olmalarına rağmen cinsel sorunun evliliğin ilk gecesinde ortaya çıkmasıdır. Diğer taraftan kimi yörelerde geçerliliğini sürdüren kanlı çarşaf geleneği, sorunun şiddetini eşlerin her ikisi yönünden de arttırmaktadır. Aile büyüklerine kanlı çarşafın gösterilememesi, kadının bekareti erkeğin de erkekliği ile ilgili kuşakları beraberinde getirmektedir. Böyle bir durumda yazarın izlediği vakaların bir bölümü, aile büyüklerine ilişkiye giremediklerini açıkça iletmektedirler. Ancak bu kez aile büyüklerinin "Oldu mu, olamadı mı; ne zaman olacak?" gibi bir cevap beklentisi içine girdikleri, bunun sonucunda da eşlerin cinsel ilişkiyi yaşantıdan çok denemeye dönüştürdükleri gözlenmektedir. Bazen de ailelerin bunu tıbbi bir bozukluk olarak algılayarak, kadını doğrudan jinekolojik muayeneye zorladıkları ve bu tür muayene girişimleriyle sorunun kadın açısından giderek pekiştiği görülmektedir. Diğer taraftan, kadında böyle bir sorunun varlığına rağmen yine de bunun erkeğin bir beceriksizliği olarak algılanabildiği, kadının da "eşini bu duruma" düşürdüğü ve yine kültürel bir değer olan "kadınlık görevlerini" yerine getiremediği için kendini suçlu hissetmeye başladığı dikkati çekmektedir. Bazı çiftlerin ise bedenlerinin başka bir bölümünü kanatarak kanlı çarşaf engelini aşmaya

çalıştıkları, fakat bu kez de aile büyüklerinin çocuk beklentisi baskısıyla karşılaştıkları izlenmektedir.

Görüldüğü gibi ülkemizdeki uygulamalarda bir önceki bölümde sıralanan evrensel etkenler dışında, sözü edilen kültürel etkenlerin de ayrıntılı değerlendirilmesi ve tedavi sürecinde dikkate alınması önem taşımaktadır.

Kadında Cinsel İstek Bozukluklarının Klinik Özellikleri

A. Cinsel ilgi ve istek bozuklukları

Araştırmalar iki tür cinsel istek bozukluğundan söz etmektedir. Bunlardan biri azalmış (hipoaktif) cinsel istek bozukluğudur. Bu kişiler klinisyenlere, yalnızca eşlerinden talep geldiği zaman başvurumaktadırlar. Bu noktada, bunun bir sorun olup olmadığını, neyin normal olduğu, neyin yeterli olduğu ve bunlara kimin karar vereceği bir sorun olmaktadır. Böyle bir durumda klinisyenin kişilerin yaşını, yaşam örüntülerini vb. dikkate alması gerekmektedir. Başvuruda bulunan kadının daha önceki cinsel ilgi ve istek düzeyinin araştırılması gerekir. Masturbasyon yapma sıklığı, cinsel partneri dışındaki erkeklere olan ilgisinin de araştırılması önemlidir.

Bu bozukluğun ikinci tipi ise cinsel tiksinti bozukluğudur. Burada kişi cinsellikle ilgili olarak tiksinti yaşamaktadır ve cinsel ilişkiyi kaçınmaktadır.

Genel olarak ele alındığında, cinsel ilgisi az olan kadın genellikle kendisini yetersiz hissetmekte ve zaman zaman eşinin başka kadınlarla cinsel ilişki yaşadığını düşünebilmektedir. Bu durum bazen aşırı şüpheliğe ve yatkın kişilerde paranoyaya neden olabilmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu bozukluğun, vajinismustan sonra ikinci sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir.

B. Kadında cinsel uyarılma bozukluğu

Cinsel uyarılma duyularının olmaması ve çoğu erotik uyarıcıya karşı tepkisiz kalma şeklinde kendini göstermektedir. Başka bir deyişle, tüm cinsel uyarma ve uyarılma çabalarına karşın beklenen fizyolojik değişiklikler oluşmamakta ve kadın uyarılma ile ilgili duyuları 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, bu bozukluk tek başına görülebilmektedir.

C. Orgazm bozuklukları

Çoğu kadın cinsel heyecan duyabilmekte ve cinsel ilişkiden zevk alabilmekle birlikte, orgazm olmada zorluklar yaşayabilmektedir. Bu bozukluk, normal bir cinsel uyarılmayı izleyerek orgazmın sürekli olarak gecikmesi ya da yokluğu olarak tanımlanabilir. Buna karşın, çoğu kadının, ilişki sırasında klitorisinden doğrudan uyarılması olmaksızın orgazm olamaması yaygınlık gösterdiğinden, bu durum orgazm bozukluğu olarak değerlendirilmemektedir. Masters ve Johnson'un araştırmaları sırasında dolaylı uyarılma sonucu oluşan klitoral orgazm ile cinsel birleşme olmaksızın doğrudan klitoral uyarılma (masturbasyon) sonucu oluşan orgazm arasında fizyolojik bir farkın olmadığı ortaya konmuştur. Bu bulgu psikanalistlerin ileri sürdüğü, vajinal yolla oluşan orgazmın klitoral yolla oluşana göre daha üstün olduğu ve kadının olgunlaşmasına işaret ettiği biçimindeki bakış açılarını değiştirmiştir. Dolayısıyla kadında böyle bir bozukluğun olduğu yolunda tanı koymak, dikkatli ve nesnel bir değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Diğer taraftan, orgazm olamama, bazen kadın tarafından önemli bir sorun olarak algılanmasa bile eş için önem taşıyabilmektedir. Oysa cinsel birleşme sırasında yeterince zevk alındığı müddetçe orgazm şart değildir. Erkeğin bu konuda ısrarlı olması, "eşini orgazm edememe beceriksizliği"ne ilişkin kaygısını ortadan kaldırmaya yönelik olabilir. Böyle bir durumda kadının cinsel aktivitelerden alabileceği zevk de olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bununla bağlantılı olarak orgazm sorununun genellikle eşlerin orgazm ile ilgili bilgi ve beklentileriyle, erkeğin kendi gücünü ve performansını sorgulama tutumuyla oluşabildiği gözlenmektedir.

Orgazm bozukluğu ele alınırken durumun birincil ya da ikincil; durumsal ya da total olduğu araştırılmalıdır. Durumsal orgazm bozukluklarında kadın masturbasyonla ya da başka bir partnerle orgazm olabilirken, eşyle orgazm olamamaktadır. Birincil orgazm bozukluklarında ise kadın ilk cinsel deneyiminden başlayarak orgazm olamamaktadır. İkincil orgazm bozuklukları ise sıklıkla kadının partneriyle olan ilişkisindeki bozukluklardan ortaya çıkmaktadır.

D. Cinsel ağrı bozuklukları

1. Disparenü: Ağrılı cinsel ilişki anlamına gelen bu bozuklukta, ağrı vajen girişinde hissediliyorsa etiyolojide uyarılma eksikliği, hafif bir vajinismus durumu, vajinal enfeksiyon ve bartholini kisti gibi nedenler araştırılmalıdır. Ağrı cinsel birleşmenin süresi uzadıkça azalıp kayboluyorsa uyarılma eksikliğine bağlı olduğu ortaya çıkmaktadır. Eğer ağrı derin penetrasyonla artıyorsa etiyolojide daha çok vajinal ya da pelvik enfeksiyon, over patolojileri veya endometriozis gibi organik nedenler düşünülmelidir.

2. Vajinismus: Vajen girişindeki kasların spazmı sonucu cinsel birleşmenin mümkün olmadığı ya da son derece ağrılı olduğu bir bozukluktur. Kadın kasılan kaslar üzerinde hiçbir kontrolü olmadığını düşünmekte ve çok acı çekebileceğini düşünmektedir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Ünitesi'nde yapılan bir araştırmada, cinsel tedavi amacıyla yapılan başvurular içinde en sık görülen bozukluk olduğu bildirilmiştir. Daha önce kültürel özellikler bölümünde ayrıntılı olarak aktarıldığı gibi, ülkemizde bu sorun kültürel baskılar sonucunda çok boyutlu ve baş edilmesi güç bir sorun haline gelebilmektedir (kanlı çarşaf geleneği gibi). Bu noktada ülkemizde sıklıkla gözlenen diğer bir olgu da, vajinismuslu kadınlara uygulanan himenektomi operasyonlarıdır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Ünitesi'ne tedavi amacıyla başvuran kadınların yarıya yakın kısmına himenektomi yapıldığı saptanmıştır. Vajinismus sorunu olan kadınların jinekolojik muayeneden bile kaçınma eğilimleri gözönünde bulundurulduğunda, bu tür müdahalelerin sorunu ne kadar körükleyebileceği açıktır. Bunlara ilave olarak vajinismuslu kadının eşinde de cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, kadındaki vajinismus sorunu, zamanla erkekte erken boşalma, cinsel ilgi ve isteğin azalması ya da sadakatsizliğe yol açabilmektedir. Nitekim yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, bu tür sorunu olan kadınların %41'inin eşlerinde ikincil olarak gelişen erken boşalma sorunu olduğu bildirilmiştir.

Çiftler, uygun tedaviye başvurmadıkları sürece bu sorun uzun yıllar devam edebilmekte ve evlilik içi çatışmalara yol açabilmektedir. Yazarın dahil olduğu tedavi ekibinin izlediği vakalar arasında 4-8-11 yıldır evli olan ve hiç cinsel birleşme yaşamamış olan vakalara rastlanmıştır. Oysa bilindiği gibi bu sorun, uygun tedavi programlarıyla başarıyla ve kısa zamanda tedavi edilebilmektedir.

E. Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları

1. Cinsel fobiler: Partnerin penisine ya da spermine dokunamamak gibi özgül, ya da ön sevişmeden kaçınmak da dahil olmak üzere, yaygın fobiler biçiminde görülebilir. Cinsel fobiler tecavüz, ensest gibi erken cinsel travma yaşantıları sonucunda ortaya çıkabilirler.

2. Cinsel doyum eksikliği: Bu sorunun cinsel işlev bozukluklarına dahil edilip edilmemesinde fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Buna karşın tedaviye başvuran çiftler arasında oldukça sık rastlanan bir yakındır. Temelde genel ilişki güçlükleri, evlilik içi sorunlar, eşlerin birbirlerini eskisi gibi çekici bulmalarını, rutin cinsel aktiviteye bağlı bıkkınlık gibi etkenler dikkati çekmektedir.

3. Maskelenmiş bozukluklar: Bazı kadınlarda çeşitli psikiyatrik bozukluklar (anksiyete, depresyon vb.) ya da jinekolojik rahatsızlıkların varolan cinsel işlev bozukluğunu maskeleyen durumudur.

Tedavi

Herhangi bir tedavi programına başlamadan önce mevcut cinsel işlev bozukluğunun organik bir kökeni olup olmadığının ayrıntılı olarak araştırılması gerekmektedir. Bu açıdan, değerlendirme sürecinde üroloji, jinekoloji, nöroloji, endokrinoloji gibi disiplinler ile işbirliği kurulması önemlidir. Organik etiyoloji ve öncelikle ele alınması gereken bireysel psikopatolojilerin varlığı ekarte edildiğinde, psikolojik değerlendirme süreçlerine başlanabilir. Bu noktada ayırt edilmesi gereken en önemli konulardan biri, varolan cinsel işlev bozukluğunun evlilik sorunlarına ikincil olarak gelişip gelişmediğidir. Eğer evlilik sorunu ön planda ise, cinsel işlev bozukluğu sorununa odaklanmadan önce eşler aile terapisi sürecine alınmalıdır. Bu olgularda aile terapisine öncelik verilmediği ve hızla cinsel tedavi süreçlerine geçildiği koşulda cinsel tedavide başarılı olmak güçleşeceği gibi, eşlerin cinsel sorunlarının ortadan kalkmayacağına olan inançları yerleşik hale gelebilmektedir. Kaldı ki aile terapisi sürecinde ilerleme kaydedilen vakalarda cinsel işlev bozukluğu sorunları bazen kendiliğinden ortadan kalkabilmektedir.

Evlilik içi sorunların cinsel işlev bozukluklarına ikincil olarak geliştiği durumlarda, cinsel işlev bozukluğu tedavisine doğrudan başlanabilir. Ancak her cinsel tedavi programının temel ilkesi olan iletişim becerileri ve çift terapisi gibi yaklaşımların tedavi sürecine

entegre edilmesi gereklidir. Bu, tedavinin etkinliğini arttırmaktadır.

Cinsel tedavi programlarında en temel ilke cinsel işlev bozukluğunun 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 koşuldur. Alanda farklı tedavi yaklaşımları olmakla birlikte kabul edilen ortak ilkeler şöyle sıralanabilir:

- Cinsel sorunları anlamaya ve kırgınlıkları gidermeye yardımcı olmak üzere eşler arasındaki iletişimi arttırmak ve düzeltmek.

- Cinsellikle ilgili yanlış bilgi ve inançları düzeltmek.

- Seyirci rolünden kaçınma yollarını öğretme, bireylerin kendilerini cinselliğe rahatlıkla bırakabilmelerini sağlamak.

Cinsel terapi yaklaşımları arasında bilişsel-davranışçı ve duyumlara odaklanma gibi tekniklerinin kapsandığı programlar yaygınlıkla ve etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Bu tür programlar cinsel işlev bozukluklarının çözümüne yönelik sözü edilen tekniklerin çiftlerin gereksinimlerine uygun bir şekilde uyarlanması ve aşamalı olarak ev ödevleri aracılığıyla yürütülmesini içermektedir. Sözü edilen bu tür tedavi programları çerçevesinde Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'nde izlediği vakalarda 7-8 hafta içinde sorunun tamamen ortadan kalktığı gözlemlenmektedir. Ancak kısa sürede sonuç alınan bu tür olgularda birincil düzeyde bireysel psikopatoloji ve evlilik sorunlarının olmaması; eşlerin her ikisinin de sorunu kabul edip motive biçimde tedaviye başvurmaları ve terapistlerin bu konuda uzmanlaşmış kişiler olmaları gerekir.

Sonuç

Cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması ve sınıflandırılmasındaki güçlükler halen devam etmektedir. Bu açıdan kadında sözü edilen cinsel işlev bozukluklarının varlığına karar vermede biyo-psiko-sosyal-kültürel bağlamların dikkate alınması ve uygulamada psikiyatri, klinik psikoloji, üroloji, jinekoloji, endokrinoloji gibi disiplinlerin işbirliği içinde çalışarak vakaların uygun bir şekilde yönlendirilmeleri önem taşımaktadır. Yukarıda sözü edilen, kadınlara ilişkin cinsel işlev bozukluklarının ortadan kaldırılmasına yönelik kısa sürede etki gösteren tedavi programları bulunmaktadır. Ancak değinilen kültürel özellikler ve tedavi sistemindeki

aksaklıklar nedeniyle ülkemizde cinsel işlev bozukluğu olan birey ve çiftlerin cinsel tedavilere yönlendirilmeleri zaman alabilmektedir. Bu kişiler doğru bir şekilde yönlendirilseler bile, ülkemizde cinsel tedavi merkezlerinin ve bu konuda uzman psikoterapistlerin sayısının sınırlı oluşu diğer bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla, varolan sınırlı sayıda merkezlerin ve uzman terapistlerin işbirliği içinde uygulama ve araştırma faaliyetlerini sürdürmelerine gereksinme olduğu açıktır.

pistlerin sayısının sınırlı oluşu diğer bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla, varolan sınırlı sayıda merkezlerin ve uzman terapistlerin işbirliği içinde uygulama ve araştırma faaliyetlerini sürdürmelerine gereksinme olduğu açıktır.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM IV), Washington DC., Çev. E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
2. Bancroft J (1989) Human Sexuality and Its Problems. Edinburgh, Churchill Livingstone.
3. Carson RC, Butcher JN, Mineka S (1998) Abnormal Psychology and Modern Life. New York, Longman.
4. Hawton K (1985) Sex Therapy: A Practical Guide. Oxford, Oxford University Press.
5. Masters W, Johnson V, Kolodny A (1982) Masters & Johnson on Sex and Human Loving. Boston, Little Brown & Co.
6. Savaşır I, Boyacıoğlu G (1996) Cinsel Tedaviler El Kitabı. Ankara, TPD Yayınları.
7. Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E ve ark. (1990-1999) Vaka süpervizyonları ve tartışmaları. Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği, Ankara.
8. Sungur MZ (1994) Kadında cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 2(Ek):7-13.
9. Sungur MZ (1994) Seks terapi uygulamaları sırasında karşılaşılan güçlükler. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 2(Ek):37-46.
10. Sungur MZ (1994) Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy, 9(3):251-256.
11. Tuğrul C (1994) Kadın cinsel işlev bozukluklarının tedavisi. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 2(Ek):37-46.