

Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Cem İncesu

Doç. Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

CİNSEL İŞLEVLER

İnsanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi, Masters ve Johnson, dört ayrı evreye ayırmıştır (Kinsey 1948, 1953, Masters ve Johnson 1994). 1) Uyarılma evresi 2) Plato evresi 3) Orgazm evresi 4) Çözülme evresi. Şekil 1 ve Şekil 2'de bu dört evre erkek ve kadın için ayrı ayrı grafiklerle gösterilmiştir. Erkekteki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzer ve tek bir grafikte tanımlanabilir. Ancak kadınlarda durum farklıdır. Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir.

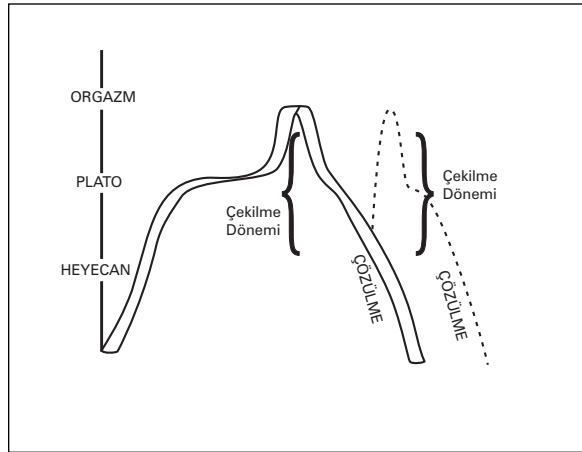
1) Uyarılma evresi: İlk evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilir. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişiyeye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarın karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, kişiyeye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarın aralıklarla sürdürülmüşse uzayabilir ya da kaybolabilir.

2) Plato evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, kadın ya da erkek plato sürecine

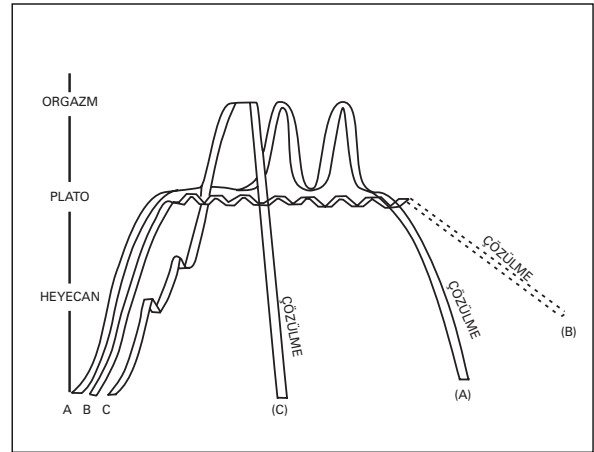
girer. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Orgazm evresine giriş niteliğindedir.

3) Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Öznel olarak pelvisde duyumsanır. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır.

4) Çözülme evresi: Son evredir. Kadın ya da erkekte, orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve beden bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre çok değişir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkekler süresi kişiyeye ve yaşa göre değişen bir refrakter döneme zorunlu olarak girerler. Refrakter dönemin sonuna kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verip ereksiyon ya da orgazmları



Şekil 1. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü.



Şekil 2. Kadınlarda cinsel yanıt döngüsü.

mümkün değildir. Bu nedenle, erkeklerin tek tip bir cinsel yanıt döngüsü olmasına karşın, kadınlarda bu çok değişken olabilmektedir.

Cinsel terapilerin en önemli kurucularından biri olan H. Singer Kaplan ise, Masters ve Johnson'ın çalışmalarına yaptığı katkılarla bu alanın klinik temellerine çok ciddi katkılar sağlamıştır. Kaplan, cinsel işlevlerin bifazik niteliğini vurgulamış, cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırarak bunlara cinsel isteği de eklemiştir (Kaplan 1974). Kaplan, cinsel yanıtın bifazik niteliğiyle ilgili olarak şöyle diyordu: "Bu formülasyona göre; cinsel yanıt, gerçekte tek ve bağımsız bir bütün oluşturmaktan çok, birbirlerinden görece bağımsız iki ayrı bölümden oluşmaktadır. A) Erkeklerde ereksiyonu, kadınlarda ise vajinal lubrikasyonu ve kabarmayı sağlayan genital vazokonjesyon yanıtı. B) Her iki cinsde de orgazmı sağlayan refleks klonik kas kontraksiyonları". Buna göre ilk bölüm uyarılma ve plato evrelerini içermekte ve parasempatik sistem tarafından innerve edilmekte, ikinci bölüm ise orgazm evresini içermekte ve sempatik sistem tarafından innerve edilmektedir.

Cinsel yanıtın birbirinden görece bağımsız bu iki ayrı süreci, her iki cins için de, genital bölgede farklı anatomik bölgeleri etkilemekte, sinir sisteminin farklı bölgelerinden innerve edilmekte, travma, ilaç ve yaş gibi fiziksel etkenlere karşı farklı ölçülerde hassasiyet göstermekte ve farklı psikopatolojik mekanizmalarla birbirinden kesin hatlarla ayrılan farklı klinik sendromlara yol açmaktadır (Kaplan 1974).

Uyarılma ve orgazm evrelerine ek olarak, cinsel isteğin de klinik açıdan önemli ve ayrı bir süreç olduğunun anlaşılması ve çözülme evresinin klinik bir öneminin olmaması nedeniyle, 1970'li yıllardan bu yana cinsel işlevlerin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluştuğu ve cinsel işlev bozukluklarının da bu evrelerin bozulmasıyla ortaya çıkan ve her evreye denk düşen farklı sendromlar topluluğu olduğu kabul görmektedir (Tablo 1). Bunun tek istisnası, vajinismus ve dispareni gibi cinsel birleşimde ağrı ile giden cinsel işlev bozukluklarıdır (Kaplan 1977, 1979, Introduction 1988).

Böylece, bütün cinsel sorunları erkeklerde empotans, kadınlarda ise frijidite olarak adlandırılan tek bir klinik sendromun varyantları olarak değerlendiren eski düşünce de 1970'li yıllardan itibaren yıkılmış oldu. Bugün artık bu iki deyim de çağdaş tıbbi terminoloji ve sınıflandırmalardan çıkarılmışlardır (Eliot 1985, Yetkin ve İncesu 1997).

Cinsel işlevlerin nöroendokrin temelleri: Özellikle son 20 yıl içerisinde gelişen teknoloji ve gerek merkezi sinir sistemi, gerekse endokrin sistem ile ilgili sayısız çalışmanın ardından bugün artık cinsel işlevin nöroendokrin temelleri ile ilgili daha fazla bilgiye sahibiz. Ancak halen bu alanda alınacak çok yol var.

Cinselliğin kuşkusuz merkezi beyindir. Sanıldığı gibi aksine en önemli cinsel organ penis ya da vajina değil, beyindir. Merkezi sinir sisteminin çok sayıda bölgesi işin içinde olmakla birlikte, cinsel işlevlerden sorumlu beyin alanları esas olarak limbik sistem ve hipotalamustur. Özellikle anterior hipota-

Tablo 1. Cinsel yanıtın evreleri ve bu evrelerin bozulması ile ortaya çıkan sendromlar

Evre	Fizyolojik süreç	Sendromlar
1. İstek	MSS'deki cinsel merkezlerin aktivasyonu + Yeterli ölçüde endokrin sistem desteği	1. Cinsel istek bozukluğu 2. Cinsel tiksinti bozukluğu
2. Uyarılma	Genital bölgede vazokonjesyon + sistemik vazokonjesyon Erkeklerde --> Ereksiyon Kadınlarda --> Lubrikasyon	Erkeklerde: Ereksiyon bozukluğu Kadınlarda: Uyarılma bozukluğu
3. Orgazm	Refleks kas kontraksiyonları Erkeklerde--> Ejekülasyon Kadınlarda --> Orgazm	Erkeklerde: Ejekülasyon bozukluğu Kadınlarda: Orgazm bozukluğu

lamik medyal preoptik çekirdeğin erkek, posterior hipotalamik ventromedyal çekirdeğin ise kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olduğu düşünülmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996).

Çok sayıda hormon, nörotransmitter sistemi ve peptid cinsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Genel olarak hormonların cinsel işlevler üzerindeki etkisi Tablo 2'de, nörotransmitter sistemlerinin etkisi ise Tablo 3'te özetlenmiştir (Crenshaw ve Goldberg 1996).

Cinsel istek, esas olarak mezolimbik dopaminerjik yolağın aracılık ettiği dopaminerjik bir fenomendir (Stahl 2003). Cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyonun oluşmasında dopamin bilinen en önemli nörotransmitterdir. Bu nedenle, aktif bir cinsel yaşam için iyi çalışan bir dopaminerjik sistem yaşamsaldır. Cinsel istekten sorumlu bir hormon varsa bu da testosterondur. Yapılan çalışmalar, testosteronun sanıldığı gibi aksine, yalnızca erkekler için değil, aynı zamanda kadınlar için de çok önemli olduğunu ortaya koymuştur. Testosteronun, her iki cinsin de cinsel isteğinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996).

Prolaktinin ise, cinsel isteği olumsuz etkilediği gerek laktasyon dönemindeki kadınlardan, gerek hiperprolaktinemi yapan bütün durumlarda cinsel isteksizliğin oluşmasından, gerekse yapılan çalışmalardan ortaya konmuştur.

Uyarılmanın iki ayrı komponenti vardır. Merkezi ve periferik ya da nesnel ve öznel. Merkezi ya da öznel uyarılma, kişinin "tahrik olduğu duygusudur." Kolinerjik sistem ve asetilkolinin uyarılmadan

sorumlu olan nörotransmitter sistemi olduğu düşünülmektedir. Uyarılma mesajının beyinde başlayıp, medulla spinalisten aşağıya aktarıldığı, hem sempatik hem de parasempatik periferik otonom sinir liflerine, vasküler ve genital bölgeye aktarılmaktadır. Periferik ya da nesnel uyarılma aşaması olan bu aşamada, bilindiği gibi erkeklerde ereksiyon, kadınlarda ise lubrikasyon ve kabarma oluşmaktadır. Hem asetilkolinin hem de nitrik oksit (NO) bu süreçlerde kilit rol oynadığı artık bilinmektedir (Stahl 2003).

NO, beyin ve penis dokularında, L-Arginin'den "NO sentaz" tarafından sentezlenmektedir. NO'nun siklik-GMP aracılığıyla genital bölgedeki vasküler dokularda düz kaslarda relaksasyon yaptığı, böylece genital bölgeye kan akımını arttırdığı ve ereksiyonu/lubrikasyonu kolaylaştırdığı bilinmektedir. Ancak NO depolanan bir madde değildir. Kullanımdan hemen sonra genital bölgede fosfodiesteraz-V tarafından yıkılmaktadır. Bilindiği gibi, bu mekanizmadan hareketle erektil disfonksiyonun tedavisinde bir çığır açılmıştır. Başta sildenafil olmak üzere çeşitli fosfodiesteraz inhibitörleri, NO'nun yıkımını engelleyerek ereksiyonu kolaylaştırıcı bir etki oluşturmaktadır.

Uyarılmayı olumsuz yönde etkileyenlerin başında antikolinerjik ajanlar ve SSRI gibi NO sentetaz inhibitörü olan ilaçlar gelmektedir.

Orgazmın inen spinal noradrenerjik lifler ve genital bölgenin noradrenerjik sempatik innervasyonu orgazm ve ejakülasyonu kolaylaştırıcı bir etki oluştururken, inen serotonerjik lifler ve genel

Tablo 2. Hormonların cinsel işlevler üzerindeki etkisi

Hormonlar	Düzyey ya da etkinlikteki deęişiklik	Cinsel işleve etkisi
Dehidroepiandrosteron	↑	↑
Testesteron	↑	↑
Östrojen (Kadında)	↑	↑
Büyüme Hormonu	↑	↑
LHRH	↑	↑
Oksitosin	↑	↑
Östrojen (Erkeklerde)	↑	↓
Progesteron	↑	↓
Prolaktin	↑	↓
Troid Hormonları	↑↓	↓
Kortizol	↑	↓
Melatonin	↑	↓

olarak serotonin orgazmı zorlaştırır ya da inhibe eder (Crenshaw ve Goldberg 1996, Stahl 2003, Hallward ve Ellison 2001).

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Tüm cinsel bozukluklar, esas olarak üç ana gruptan oluşmaktadır (DSM-IV 1994). Bunlar:

- 1) Parafililer
- 2) Cinsel kimlik bozuklukları (Transseksüalite)
- 3) Cinsel işlev bozuklukları

Parafililer, temel olarak, bir kişinin cinsel açıdan uyarılabilmesi için, alışılmadık nesnelere, eylemlere ya da durumları içeren tekrarlayıcı ve yoğun cinsel dürtü, fantezi ve davranışlara gereksinim duyması ile ortaya çıkan bozukluklardır. Egzibisyonizm (teşhircilik), fetişizm (yalnızca belirli nesnelere uyarılabilme), frötterizm (sürtünmecilik), pedofili (küçük yaşta çocuklara yönelik cinsel ilgi), mazohizm (acı çekerek/aşağılanarak uyarılabilme), sadizm (acı yaşatarak/aşağılayarak uyarılabilme), transvestik fetişizm (karşı cins gibi giyinerek/ giysileriyle uyarılabilme), voyörizm (gözetlemecilik), telefon skotolojisi (açık seçik telefon konuşmaları ile uyarılabilme), nekrofil (cesetlere yönelik cinsel ilgi), parsiyalizm (bedenin sadece bir bölümüne odaklanma), zoofili (hayvanlara yönelik cinsel ilgi), koprofil (dışkıya yönelik cinsel ilgi) ve ürofil

Tablo 3. Nörotransmitter sistemlerin cinsel işlevler üzerindeki etkisi

Sistemler	Düzyey ya da etkinlikteki deęişiklik	Cinsel işleve etkisi
Adrenerjik Alfa-1	↑	↑
Adrenerjik Beta-2	↑	↑
Kolinerjik	↑	↑
Dopamin	↑	↑
Histamin	↑	↑
Adrenerjik Alfa-2	↑	↓
MAO	↑	↓
Serotonin	↑	↓
GABA	↑	↓

(idrarra yönelik cinsel ilgi) en sık rastlanan parafil türleridir. Ancak bunların dışında da çok sayıda farklı ve daha ender rastlanan parafil türleri vardır.

Parafil olgularının toplumda rastlanma sıklığı ile ilgili güvenilir ve kapsamlı epidemiyolojik araştırmalar bulunmamaktadır. Bu tür cinsel bozukluklara karşı varolan toplumsal tepki, bu olguların adli ve idari zorunluluk durumları dışında, tedavi ve yardım amacıyla hekimlere başvurusunu engelleyen önemli bir etken olmakta, böylece bu sorunların rastlanma sıklığını bilmemizi güçleştirmektedir. Ayrıca, başvuruların azlığı bu sorunların psikolojik ve farmakolojik tedavileri konusundaki deneyimlerin çok kısıtlı kalmasına neden olmaktadır.

Cinsel kimlik bozuklukları (Transseksüalite): Kişinin kendi biyolojik cinsiyetinden duyduğu kalıcı rahatsızlık duygusu ile karakterizedir. Kişi, çocukluk çağından itibaren kendi cinsel organlarını reddeder, karşı cinsin cinsel kimliğine uygun tutum, davranış ve rolleri benimser. Karşı cins gibi giyinmek, oynamak, davranmak ister. İsrarla, cinsiyetini kalıcı olarak değiştirmek ister. İçinde yaşadığı bedeninin cinsiyetinden asla hoşnut değildir. Transseksüel olgular, adeta, yanlış bir bedeninin içine hapsedilmiş gibidirler. Transseksüalitenin nedenlerine yönelik çeşitli varsayımlar ortaya atılmışsa da, hala tam olarak etiolojisi bilinmemektedir.

Terapilerle, ilaç ya da hormon tedavileriyle bu bozukluğu tedavi edebilmek, kişinin kendi biyolojik cinsiyetini bu köklü reddedişini değiştirebilmek mümkün değildir. Uygun olan olgularda "cinsiyet

Tablo 4. Cinsel işlev bozuklukları- DSM-IV APA sınıflandırma sistemi

1-Cinsel İstek Bozuklukları		
Azalmış cinsel istek bozukluğu		
Cinsel tiksinti bozukluğu		
2-Cinsel Uyarılma Bozuklukları		
Kadında cinsel uyarılma bozukluğu		
Erkeklerde cinsel uyarılma bozukluğu		
3-Orgazmla İlgili Bozukluklar		
Kadında orgazm bozukluğu		
Erkeklerde orgazm bozukluğu		
Erken boşalma		
4-Cinsel Ağrı Bozuklukları		
Disparoni		
Vajinismus		
5-Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CİB		
Kadında...'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu		
Erkeklerde...'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu		
Erkeklerde...'e bağlı erektil bozukluk		
Kadında...'e bağlı disparoni		
Erkeklerde...'e bağlı disparoni		
Kadında...'e bağlı başka bir cinsel işlev bozukluğu		
Erkeklerde...'e bağlı başka bir cinsel işlev bozukluğu		
6-Madde Kullanımının Yol açtığı CİB		
7-Başka Türü Adlandırılmayan CİB		
Belirleyen:	Belirleyen:	Belirleyen:
-Yaşamboyu	-Yaygın	-Psikojenik faktörlere bağlı
-Edinilmiş	-Durumsal	-Çoğul faktörlere bağlı

değiştirme operasyonu" uygulanabilir. Ancak cinsiyet değiştirme operasyonlarına, kişi ancak ciddi bir psikolojik hazırlık ve psikoterapi sürecinden geçtikten, böylesi büyük bir değişime tam olarak hazırlandıktan sonra, bu alanda uzman hekimlerin onayı ve mahkeme kararı gibi yasal prosedürlerin tamamlanmasından sonra girişilmelidir. Aksi takdirde, dönüşü olmayan bir süreçte, bu operasyonu olan kişiler ve yakın çevreleri büyük güçlükler yaşayabilmektedirler.

Eşcinsellik (homoseksüalite), sıklıkla cinsel kimlik bozukluğuyla ya da parafililerle karıştırılır. Eşcinsellik, bir cinsel bozukluk ya da sapkınlık değildir. Yaklaşık 20 yıldan beri artık, dünya tıbbi tarafından, bir hastalık olarak değil, normalin bir parçası olarak kabul edilmektedir.

Cinsel işlev bozuklukları, kadınlarda; cinsel istek

azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, uyarılma ve orgazm bozukluğu, vajinismus ve ağrılı cinsel birleşme sorunlarından; Erkeklerde ise, cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, erektil disfonksiyon (sertleşme güçlüğü), erken boşalma ve diğer boşalma bozuklukları ile ağrılı cinsel birleşme sorunlarından oluşmaktadır (Tablo 4).

Cinsel işlev bozuklukları çok sık rastlanan sorunlardır. Yapılan çalışmalar, kadın ya da erkek ayrımı olmaksızın, en az her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir dönemlerinde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır. Tablo 5'de dünyada çeşitli cinsel işlev bozukluklarının rastlanma oranları verilmektedir. Bu oranlara bakıldığında, cinsel işlev bozukluklarının toplumun önemli bir kesimini ilgilendirdiği hemen görülmektedir. Ama bir sorunun önemi yalnızca rastlanma sıklığında değil, ayrıca o sorunun yol açtığı zarar, hekime ve sağlık sistemine başvuru oranı, bu alandaki tedavi olanakları, toplum tarafından ne ölçüde sorun olarak algılandığı ve çevreyle ne ölçüde paylaşıldığı gibi unsurlar tarafından da belirlenmektedir. Bu açılarından bakıldığında ise cinsel sorunların ancak son yıllarda önem kazanmaya başladığı görülecektir. Çok sık rastlanan sorunlar olmalarına ve başarıyla tedavi edilmelerine karşın, ne yazık ki, cinsel yakınmalarla hekimlere ya da tıbbi merkezlere başvuru oranı hala düşük kalmaktadır.

Çeşitli toplum ve kültürlerde yapılan çalışmalar, cinsel işlev bozukluklarının rastlanma sıklığı konusunda birbirine benzer sonuçlar vermektedir. Ancak, kültürel ve toplumsal etkenlerle ortaya çıkan bazı farklılıklar da vardır. Örneğin, bizim gibi muhafazakar toplumlarda cinselliğin yasaklanması, formel bir cinsel eğitimin olmaması, cinselliğin bir tabu olarak algılanması ve bekarlığın önemsenmesi gibi etkenler kadınlarda vajinismusun ve cinsel isteksizliğin, erkeklerde ise çeşitli ejakülasyon bozukluklarının, cinsel liberalizmin egemen olduğu toplumlara göre daha yüksek oranlarda rastlanmasına yol açmaktadır. Yine cinsel deneyimin yetersiz olduğu toplumsal kesim ya da gençlerde, erkeklerde erken boşalma, kadınlarda ise çeşitli orgazm güçlüklerinin diğer kesimlere oranla daha sık rastlandığı gözlenmektedir.

Hekime başvuran olguların yaş dağılımları açısından da farklılıklar gözlenmektedir. Gelişmiş batı ülkelerinde daha çok ileri yaşlardaki kişiler başvuru-

Tablo 5. Çeşitli cinsel işlev bozukluklarının rastlanma oranları

	Cinsel işlev bozukluğu	Yaşam boyu prevalans %
KADINLARDA	Cinsel istek azlığı	27 - 33
	Uyarılma bozukluğu	10 - 18
	Orgazm bozukluğu	5 - 25
	Disparoni-Vajinismus	3 - 11
ERKEKLERDE	Cinsel istek azlığı	16
	Eretil disfonksiyon	5 - 50
	Erken boşalma	21 - 35
	Diğer orgazm bozuklukları	3 - 4

ürken, gelişmekte olan ülkelerde ve doğu toplumlarında daha çok genç-orta yaş kuşağın hekime başvurduğu gözlenmektedir. Bu nedenle, batı toplumlarındaki başvurularda, menopoz, diabetes mellitus, hipertansiyon, ilaç kullanımları vb. kaynaklı eretil disfonksiyon, cinsel isteksizlik ve disparoni gibi hastalıklar daha ön plana çıkarken, diğerlerinde vajinismus, cinsel birleşme kuramama, prematür ejakülasyon gibi psikojenik kökenli cinsel işlev bozuklukları ilk sıralarda yer almaktadır.

Ülkemizdeki cinsel tedavi merkezlerine başvurularda da genç-orta yaş kuşağı başı çekmektedir. Ülkemizdeki cinsel tedavi merkezleri, poliklinikleri ve uzmanları son yıllarda hızla artış göstermesine karşın hasta başvurularındaki artış bunun önüne geçmiştir. Bu artışın nedenleri arasında toplumda bu alanda artan bilinç, medyanın yaygınlaşması ve bu konuda oynadığı rol, cinsel tedavi olanaklarında son yıllardaki ciddi artış sayılabilir. Tüm bu gelişmeler, tıbbın ve tüm hekimlerin bu alanda daha donanımlı ve hazırlıklı olmasını zorunlu kılmaktadır.

Cinsel işlev bozukluklarında etioloji

Cinsel işlev bozukluklarının hem bedensel (organik), hem de psikolojik nedenleri vardır. Birçok zaman da, psikolojik ve organik nedenler sorunun ortaya çıkmasında birlikte rol oynarlar. Ayrıca, sorun bedensel ya da ilaç kullanımı gibi çeşitli organik nedenlerle ortaya çıksa bile, bir süre sonra psikolojik etkenler de tabloya eklenebilmekte ve durumu daha da içinden çıkılmaz bir hale getirebilmektedir.

Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve

sürmesinde, genellikle çok sayıda psikososyal ve kültürel etken birlikte rol oynamaktadır. Bunlar, doğuştan getirilen özellikler olabildiği gibi yetişme koşulları, ailenin tutumu, eğitim, yetiştiği alt kültürün cinselliğe bakışı, yaşanan psikolojik travmalar vb. sonradan edinilen özellikler de olabilir. Erken çocukluk dönemine ait bilinçaltı çatışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemine ait psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, yanlış öğrenilmiş cinsel davranışlar, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, cinsellikle ilgili yanlış ve abartılı beklentiler, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi, utanma, suçluluk ve günahkarlık duyguları, eşler arasındaki uyumsuzluk ve iletişim sorunları, evlilik içi çatışmalar, eşin cinsel sorunlarının olması, eşinde ya da kendisinde varolan başta depresyon olmak üzere cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen çeşitli psikiyatrik sorunlar ya da hastalıklar ve kişinin başta cinsel organlar olmak üzere kendi bedeniyle ilgili olumsuz düşünce ve inançları olarak sıralanabilir.

Cinsel işlev bozukluklarının oluşumu genellikle karmaşık ve çok yönlü bir etkileşim sürecinin sonucunda olmaktadır. Bu sorunların ortaya çıkmasında hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü etkenler bulunmaktadır (Tablo 6). Bu etkenlere bakıldığında, cinselliğin organik/psikojenik ayrımının ötesinde psikososyal, kültürel, davranışsal ve klinik etkenlerden kaynaklanan çok boyutlu, multidisipliner ve interaktif bir süreç olduğu ve cinsel işlev bozukluklarının da bu çok yönlü ilişkiler ağı içerisinde oluştuğu ya da ortadan kalktığı görülebilmektedir.

Hazırlayıcı etkenler, bireyin herhangi bir cinsel işlev bozukluğu geliştirmesine yatkınlık sağlayıcı

Tablo 6. Cinsel işlev bozukluklarında hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü etkenler

Cinsel işlev bozukluklarında hazırlayıcı etkenler	
	Cinsel eğitimin yetersizliği
	Cinsel mitler
	Tutucu ortamda büyüme
	Yetersiz cinsel deneyim
	Yaşam biçimi
	Bozuk aile ilişkileri
	Kişilik özellikleri
	Travmatik cinsel deneyimler
	Psikoseksüel roldeki güvensizlik
	İntrapsişik dinamik nedenler
Cinsel işlev bozukluklarında başlatıcı etkenler	
	Bedensel hastalıklar
	Depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklar
	İlaçların yan etkileri
	Alkol ve madde kullanımı
	Abartılı performans beklentileri
	Gebelik, doğum ve laktasyon
	İlişkide yaşanan sorunlar
	Yaşlanma
	Sadakatsizlik
	Eş kaybı
	Partnerdeki cinsel işlev bozukluğu
Cinsel işlev bozukluklarında sürdürücü etkenler	
	Performans anksiyetesi
	İlişkide yaşanan sorunlar
	Cinsel mitler
	Psikiyatrik bozukluklar
	Bedensel hastalıklar
	İlaçların yan etkisi
	Alkol ve madde kullanımı
	Suçluluk ve günahkarlık duyguları
	Partnerler arasındaki çekicilik kaybı

unsurlardır. Cinsel eğitimin olmaması, cinsel mitlerin yaygınlığı, cinsel deneyim eksikliği ve muhafazakar ortamda büyüme, ülkemizdeki en önemli ve yaygın hazırlayıcı etkenleri oluşturmaktadır. Bu etkenler, cinsellik alanında bilgisiz, deneyimsiz, kendini ve karşı cinsi tanımayan, özgüveni düşük, takıntılı, ketlenmiş ya da tam tersine abartılı söylem ve beklentileri sergileyen bireyleri üretmektedir. Bu katı ve katı olduğu kadar da kırılabilir yapının çeşitli cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve süregelen bir yapı kazanmasında çok önemli bir rolü bulunmaktadır.

Başlatıcı etkenler, bir cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında rol oynayan organik ve psikolojik çeşitli etkenleri içerir. Başta diyabet ve hipertansiyon gibi sistemik ve kronik bedensel hastalıklar ile başta depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikozlar olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıklar cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynarlar. Ayrıca tıpta yaygın olarak kullanılan çeşitli ilaçlar ile alkol ve uyuşturucu madde kullanımları da yine cinselliği olumsuz yönde etkileyen ve cinsel işlev bozukluklarına yol açan etkenlerin başında gelmektedir.

Cinsel istek, cinsel birleşme sıklığı ve ereksiyon gibi konulardaki abartılı performans beklentileri de, özellikle bu beklentilerin gerçekleşmediği durumlarda performans anksiyetesine yol açarak cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Psikojenik erektil disfonksiyonların oluşumunda ve süregelen hale gelmesinde performans anksiyetesi çok önemli bir yer tutmaktadır.

Gebelik, laktasyon, menopoz ve yaşlılık gibi biyolojik, hormonal ve psikolojik etkenlerle cinsel işlevlerin olumsuz yönde etkilenebildiği yaşam dönemlerinde cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkabilir.

Eşlerden herhangi birinde varolan cinsel işlev bozukluğunun bir süre sonra öbür eşte de çeşitli cinsel sorunlara yol açabilmektedir. Cinsel işlev bozukluğunun uzun sürmesi, süregelen bir hale gelmesi ve eşler arası ilişki sorunları yaşanmaya başlaması diğer eşte de cinsel istek azalmasına, uyarılma, ereksiyon ya da orgazm güçlüklerinin yaşanmaya başlamasına neden olabilmektedir. Diğer eşte de cinsel sorunların ortaya çıkması, karşılıklı olarak sorunların ağırlaşmasına, bir kısır döngünün oluşmasına ve kuşkusuz çözümün zorlaşmasına neden olmaktadır.

Cinsel işlev bozukluğu hangi nedenle başlamış olursa olsun, sürdürücü etkenlerin devreye girmesi sorunun süregelen hale gelmesine neden olabilir. Bedensel ve psikiyatrik hastalıklar, ilaç, alkol ve uyuşturucu madde kullanımları gibi başlatıcı etkenler, çözülmediklerinde, sorunu sürdürücü etkenlere de dönüşebilirler. En sık rastlanan sürdürücü etken ise performans anksiyetesidir. Cinsellikle ilgili suçluluk ve günahkarlık duyguları, olumsuz beklentiler ve eşler arası iletişim sorunları da yine sık rastlanan sürdürücü etkenlerdendir.

VAJİNİZMUS

Vajinismus, ülkemizde, cinsel tedavi merkezlerine başvuran kadınlarda en sık rastlanan sorundur. Ülkemizde, batı ülkelerinde bildirilen oranlardan çok daha fazla görülmektedir. Cinsel eğitimsizliğin, cinsellikle ilgili tutucu değer yargılarının, cinsel mitlerin yaygınlığının, kadınların kendi cinsel organlarını tanımamalarının, bekaret kavramına verilen abartılı önemin, toplumumuzda kadınlarda cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlamasının, genel cinsellik anlayışımızdaki tabuların bunda rolü olduğu söylenebilir.

Vajinismus, cinsel birleşme denendiğinde, vajinanın dış üçte birini çevreleyen kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde oluşan kasılmalar ve şiddetli acı nedeniyle cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ya da ağrılı/sıkıntılı olarak gerçekleşmesidir. Bu kasılma istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında gerçekleşen bir kasılmadır. Bu kasılmaya tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması, adeta bir kitlenme, korku, cinsel birleşmeden kaçınma, girişin olmayacağı inancı eşlik eder. Nadiren, cinsel birleşme olmaktadır ancak kasılma sürdüğünden, cinsel birleşme ağrılı ya da sıkıntılıdır.

Vajinismus, genellikle cinsel yaşamın, daha doğrusu cinsel birleşme denemelerinin başlamasıyla birlikte, çok daha seyrek olarak ise jinekolojik muayene, kürtaj, zorlu ya da komplikasyonlu geçen doğumlardan veya benzeri deneyimlerden sonra gelişir. Toplumumuzda evlilik öncesi dönemde sık olarak görülen türden cinsel birleşmenin denenmediği sevişmelerde genellikle bu sorun ortaya çıkmaz. Öte yandan, vajinismus olan bayanların cinselliklerinin diğer alanlarında genellikle çok önemli bir sorun olmadığı, cinsel birleşme dışında, eşleriyle cinsel bir yaşam sürdürebildikleri gözlenmektedir. Bu açıdan bakıldığında, evliliğin ilk gecesinde, ilk cinsel birleşme denemesi ile ortaya çıkan bu sorun, çift için genellikle bir sürpriz niteliğindedir.

Ülkemizdeki cinsel tedavi merkezlerine yapılan başvurulara bakıldığında, vajinismus tanısıyla başvuranların büyük çoğunluğunun genç çiftler olduğu görülmektedir. Ama 10 hatta 20 yılın üstündeki evli çiftlerin başvurusu da ülkemizde çok ender görülen bir durum değildir. Başvuran vajinismuslu bayanların evlilik ilişkilerinin genel olarak iyi

olduğu, eşlerinin çoğunlukla anlayışlı, bağımlı ve pasif kişilik özelliklerinin bulunduğu görülmektedir. Genel olarak tutucu çevrelerde ya da alt kültürlerde yetişen kişilerde, muhafazakar ailelerde büyüyenlerde daha sık görüldüğü söylenebilir ancak bunların hiçbiri bir kural değildir. Liberal ailelerde ya da çevrelerde yetişenlerde de bu sorun ortaya çıkabilmektedir. Kişinin eğitim düzeyinden, mesleki formasyonundan, entellektüel düzeyinden, arkadaş çevresinden vb. bağımsız bir cinsel işlev bozukluğudur. Neredeyse kural olan tek ölçüt, cinsellikle ilgili tutucu değer yargılarının egemen olduğu bir toplum ve kültür yapısıdır. Başvuru motivasyonlarına bakıldığında, çocuk sahibi olma, ailelerin sorunu çözme ya da çocuk sahibi olma konusundaki baskıları ve eşin ayrılma tehdit ya da girişimlerinin ön sıraları tuttuğu söylenebilir.

Vajinismus sorunu yaşayan çiftler, uzun süre hatta bazen yaşamboyu bunu bir sır olarak saklamakta, yakınlarına ya da hekimlere açılmamakta, sorunu genellikle kendileri çözmeye çalışmaktadırlar. Eşler sorunun kendiliğinden düzelmesi için bazen çok uzun yıllar beklerler ancak bu genellikle olmaz. Çiftlerin böyle bir sorunu kabullenmeleri bile uzun zaman almaktadır. Sorun kabullenildikten sonra ise kulaktan dolma bilgiler ya da tıp dışı yöntemlerle çözülmeye çalışılmaktadır. Cinsel tedavi merkezlerine ilk başvuru ortalama 3-6 yıl sonra olabilmektedir. Bu gecikmede, hekime ya da sağlık profesyonellerine yapılan ilk başvurularda yapılan yanlış yönlendirmelerin de önemli bir payı bulunmaktadır.

Son yıllarda cinselliğin daha konuşulur bir konuya haline gelmesine, medyada bu konunun ele alınır olmasına rağmen, toplumda iyi bilinmeyen bir cinsel sorundur. Vajinismusla karşılaşan çiftler, bunun yalnızca kendi başlarına gelen bir sorun olmadığını, ülkemizde kendileri gibi binlerce, onbinlerce kişi olduğunu, bunun tanınan ve düzelebilen bir bozukluk olduğunu bilmelidirler.

Bu sorun kadının hem kendi kadınlığında eksiklik olduğunu düşünmesine hem de eşine karşı suçluluk hissetmesine neden olur. Erkek de, eşine karşı öfke duyabilir, ya da istenmeme, reddedilme olarak yaşadığı için kırgınlık, ereksiyon gücünü yaşayabilir. Bazen eşlerin bekaret konusunda şüphe duymalarına neden olabilir. Sıklıkla adli olaylara, boşanmaya, tecavüz girişimi ya da fiziksel şiddet davranışlarına neden olur. Ailelerin sorunu öğren-

mesi ve devreye girmesi kimi zaman çifti tedaviye motive etmek açısından yararlı olabilse de, çoğunlukla sorunun daha da komplike olmasına ve çözümün zorlaşmasına yol açmaktadır.

Vajinismus olan bayanlar genellikle jinekolojik muayeneden çeşitli bahaneler öne sürerek kaçınırlar. Jinekolojik muayene sırasında ya şiddetli reaksiyon gösterdikleri için muayeneleri yapılamaz, ya da muayene sırasında büyük sıkıntı yaşarlar. Jinekolojik muayene yapılabildiğinde ise organik bir sorun saptanmaz. Vajinal girişteki kasılma, jel kullanımı ile, alkol alındığında, psikotrop ilaç kullanıldığında, uykuda, hamile kalmakla, çocuk doğurmakla, lokal anestezi ilaç uygulamakla vajinismus ortadan kalkmaz. Kızlık zarının operasyonla alınması ya da genel anestezi altında cinsel birleşme sağlanması gibi uygulamalar sorunu çözmekten uzaktır, kasılmaları ortadan kaldırmaz. Vajinismus olan bir kadın, düşük bir olasılıkla, cinsel birleşme gerçekleşmeden de gebe kalabilir. Ancak, normal doğum çoğunlukla gerçekleşemez ve seksiyu ile sonlanır.

Vajinismusun herhangi bir ilaç ya da operasyonla tedavisi mümkün değildir. Cinsel terapi ile bu sorun, ortalama 2-4 ay sürede ve 6-10 seansta % 90'ı aşan bir tedavi başarı oranı ile tedavi edilebilmektedir. Vajinismus, en kolay tedavi edilebilen cinsel işlev bozukluğudur.

CİNSEL İSTEK AZLIĞI

Genel olarak, kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Hatta, ülkemizde, kadınlar arasında en sık görülen cinsel işlev bozukluğu "cinsel istek azlığıdır." Ancak, cinsel isteksizlik yakınmasıyla hekime ya da cinsel tedavi merkezlerine başvuru oranı, bu sorunu yaşayanlara oranla çok düşük kalmaktadır. Tedavi için başvurularında, cinsel birleşmeyi ve çocuk sahibi olmayı engelleyen vajinismus ilk sırayı alırken, cinsel isteksizlik kadınların yakınmasında ikinci hatta üçüncü sıralara düşebilmektedir.

Bunun en temel nedeni, cinsellik ile ilgili mitlerin yaygınlığıdır. Toplumumuzda, cinselliğin, yalnızca erkeklere özgü olduğu, erkeklerin cinselliği istemeye, ondan zevk almaya ve doyuma ulaşmaya hakkı olduğu şeklinde yaygın bir inanç bulunmaktadır. Bu inanca göre, cinsellik kadınlar için bir "haz" ve "doyum" aracı değil bir "görev" alanıdır.

Erkeğin tatmini, ailenin birlik ve huzuru ve neslin devamı için cinsellik "gerekmektedir". Ancak kadının bundan haz alması güçtür, ayrıca pek beklenmez. Toplumumuzda, cinselliği isteyen, arayan, başlatan, bundan haz alan, orgazm olan, sevişmeye aktif olarak katılan kadınlara iyi gözle bakılmayacağı inancı yaygındır. Dolayısıyla cinsel isteksizlikten ya da cinsel isteğinin yeterli olmadığından yakınan, hekime başvuran kadınlara da. Bu mitler, cinselliğin kadın için de bir "haz" ve "doyum" aracı olduğu, kadının da buna "gereksinimi" olduğu bilimsel gerçeğinin gözardı edilmesine neden olabilmekte ve hekime başvuru oranını düşürmektedir. Milyonlarca kadın bunu "doğal bir durum" ya da bir "kader" olarak algılamakta ve yaşamaktadır.

Cinsel istekte azalma, cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu, cinsel bir etkinliği başlatma, katılma ya da yanıt verebilme motivasyonunun yetersizliği olarak tanımlanır. Nedeni çoğunlukla psikolojiktir. Birincil olanı, ergenlik döneminden başlayarak yaşamın tamamı boyunca sürer. Çok yüksek oranda intrapsişik süreçlerle ilgilidir. Cinselliğin yasaklandığı, tutucu toplum ve kültürlerde sık görülür. Küçük yaşlardan başlayarak uygulanan cinsel yasak ve baskıların doğal sonucu olarak cinsellikle ilgili suçluluk ve günahkarlık duyguları, cinsel güdülerin bastırılması, giderek bireyin cinselliğe ve hatta kendi bedenine yabancılaşması olarak da algılanabilir. İkincil olanı ise, sonradan ortaya çıkan cinsel istek azlığıdır. Genellikle başka nedenlere bağlıdır. Bunlar arasında en sık olanları, stres, eşle olan uyumsuzluk ve çatışmalar, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar, çeşitli kronik hastalıklar, hiperprolaktinemi yapan durumlar, kullanılan ilaçlar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, menopoz, gebelik ve laktasyon dönemleri, cinsel şiddet ve cinsel travma, eşinde ya da kendisinde varolan başka cinsel işlev bozuklukları sayılabilir.

Cinsel isteksizliğin tedavisi bireyin durumuna ve psikolojisine göre önemli değişiklikler gösterir. Çok yönlü bir yaklaşım zorunludur. Hekimin cinsellikle ilgili temel bazı bilgileri vermesi, bireyin ve partnerinin cinsel mitlerini düzeltmesi ya da yalnızca kullandığı ilacı değiştirmesi bile, kimi olgularda "ortada bir sorun olmadığına anlaşılması" ya da kimi olgularda "sorunun kolayca çözülmesi" için yeterli olabilmektedir. Kendisine başvuran hasta karşısında hekim açısından kritik olan nokta,

bireyle ve mümkünse eşyle görüşerek iyi bir ayırıcı tanı yapabilmektedir.

İkincil cinsel isteksizlik olgularında tedavi daha kolay, prognoz daha iyidir. Tedavinin temeli, altta yatan asıl sorunun çözümünde yatmaktadır. Bu kimi zaman cinsel yan etkisi olan ve halen kullanılmakta olan bir ilacın aynı yan etkiye sahip olmayan bir başkasıyla değiştirilmesi, bazen altta yatan hastalığın tedavisi, kimi zaman depresyonun saptanarak tedavisi, kimi zaman da partnerde saptanan cinsel işlev bozukluğunun tedavisidir.

Birincil cinsel isteksizlik olguları düzenli bir cinsel terapiye gereksinim duyarlar. Terapileri genellikle zaman alır ve prognoz ikincil olgularda olduğu kadar iyi değildir. Terapileri ancak bu alanda özelleşmiş terapistler tarafından yapılabilir.

CİNSEL TİKSİNTİ BOZUKLUĞU

Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır. Cinsel istek azlığına ve diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha nadir olarak görülür. Bu soruna da ülkemizde rastlanması nadir değildir. Bozukluğun ağırlığına göre, cinsel tiksinti, cinsel yaşamın genital salgılar ya da cinsel birleşme gibi belirli yönüne odaklanabilir ya da öpme ve dokunmada dahil tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme olarak da ortaya çıkabilir.

KADINDA ORGAZM BOZUKLUĞU

Yeterli cinsel uyarıya karşın çoğunlukla ya da her zaman orgazmın yaşanmaması, gecikmesi ya da güçlükle ulaşılabilmesidir. Kadınların yaklaşık üçte biri çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar. En önemli psikolojik nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, yetersiz önsevişme ve cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon gücü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir.

Kadındaki orgazm bozukluğu, yaşamın önceki dönemlerinde yokken sonradan da ortaya çıkabilir. En sık rastlanan nedenleri arasında, eşler arası uyumsuzluk, evlilik içi çatışma, cinsel travma, çeşitli jinekolojik ve sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı,

depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklar, menopoz, yaşlılık ve başka cinsel işlev bozukluklarının varlığı sayılabilir.

Orgazm, sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşamın en önemli parçalarından biridir. Orgazm sorunu yaşayan bir kadın, yeni cinsel işlev bozuklukları, ilişki sorunları ve çeşitli psikiyatrik hastalıklar yaşamaya açısından daha büyük bir risk taşımaktadır. Orgazm ile ilgili güçlükler, cinsel terapistler ve bu alanda uzman hekimler tarafından yüksek başarı oranlarıyla tedavi edilebilmektedir.

EREKTİL DİSFONKSİYON

Herhangi bir cinsel etkinlik için yeterli ereksiyonu tekrarlayıcı ya da kalıcı biçimde sağlayamama ya da sürdürmemeye durumu olarak tanımlanmaktadır. Tanım açısından en önemli olan nokta, ereksiyon sorununun bir ya da birkaç kez ile sınırlı olmaması, erektil disfonksiyon tanısının konabilmesi için bu sorunun tekrarlayıcı veya uzun süreli olması gerekliliğidir. Bu konudaki yaygın mitler nedeniyle, kişiler bir kez bile ereksiyon sağlayamadıklarında paniğe kapılabilmekte ve hekim hekim dolaşabilmektedirler.

Erektile disfonksiyon en sık başvuru nedeni olan erkek cinsel işlev bozukluğudur. Toplumda yaygın olarak rastlanır. Yaşla, sigara ve alkol kullanımı ile, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistemik hastalıklarla birlikte rastlanma sıklığı artar.

Erektile disfonksiyon, psikojenik, organik ya da mikst nedenlerden kaynaklanabilir. Psikojenik/organik ayırımında en çok üzerinde durulan cinsel işlev bozukluğudur. Hem ayırıcı tanısında hem de tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır.

ERKEN BOŞALMA

Erken boşalma, çok az bir cinsel uyarıyla bile kişinin istemesinden daha önce boşalması, diğer bir deyişle boşalmasını denetleyememesi, ya da istediği kadar erteleyememesidir. Tıbbi açıdan bakıldığında, erken boşalma, kişinin boşalma refleksi üzerinde istemli denetiminin bulunmaması, henüz öğrenilememiş olmasıdır. Süre asıl ölçüt olmamakla birlikte, birleşmeden önce boşalma ya da 1-3 dakikalık cinsel birleşme süresi kesin olarak erken boşalmadır. 4 ile 7 dakika arası ise ancak kişinin

kendisinin ya da cinsel partnerinin sorun olarak görmesi, doyum sorunları yaşaması durumunda erken boşalma olarak kabul edilmektedir.

Erken boşalma oranı, yapılan çalışmalarda %20-30 arasında çıkmaktadır. Her 4-5 erkekten birinde erken boşalma sorunu vardır. Bütün toplumlarda, erkeklerde sık rastlanan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Erken boşalmanın tek kalıcı tedavisi cinsel terapi ile kişiye boşalma kontrolünün öğretilmesidir. Bu, ortalama 3 aylık bir tedavi süresinde sağlanabilmekte, kişi bir kez boşalma kontrolünü öğrendiğinde bir daha yaşam boyu bunu unutmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Kinsey AC (1948) Sexual behavior in the human male. Philadelphia, W.B. Saunders.
- Kinsey AC (1953) Sexual behavior in the human female. Philadelphia, W.B. Saunders.
- Masters WB, Johnson VE (1994) Human sexual behavior. İnsanda cinsel davranış, Sayın Ü (Çev. Ed.), İstanbul, Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı.
- Kaplan HS (1974) The anatomy and physiology of the sexual response, Kaplan HS (Ed), The New Sex Therapy. New York, Brunner/Mazel, 27-56.
- Kaplan HS (1977) Hypoactive sexual desire, J Sex & Mar Therapy, 3.
- Kaplan HS (1979) Disorders of Sexual Desire, New York, Brunner/Mazel.
- Introduction: (1988) Changing perspectives on sexual desire. Leiblum SR, Rosen RC. (ed), Sexual Desire Disorders. New York, The Guilford Press.
- Eliot ML (1985) The use of "impotence" and "frigidity" Why has "impotence" survived? J Sex & Mar Therapy, 11: 51-56.
- Yetkin N, İncesu C (1997) Cinsel işlev bozukluklarında kullanılan terimlerin gözden geçirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi, 4.
- Crenshaw TL, Goldberg JP (1996) Sexual aspects of neurochemistry. Crenshaw TL, Goldberg JP (Ed) Sexual Pharmacology. New York, W.W.Norton & Company.
- Stahl SM (2003) Temel Psikofarmakoloji. Taneli B, Taneli Y (Çev. Ed.), İstanbul, Yelkovan Yayınevi.
- Hallward A, Ellison JM (2001) Antidepressants and Sexual Function. London, Harcourt Health Communications.
- DSM-IV (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM-IV), Washington, American Psychiatric Association, s.493-538.