

CİNSEL SORUNLARIN TEDAVİSİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR*

Dr. Perin Uçman

Hacettepe Üniversitesi

Psikiyatri Bölümü

Bu yazının amacı Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümüne son beş yılda heteroseksüel ilişki sorunlarıyla başvuran hastalar, kullanılan tedavi yöntemleri hakkındaki izlenimlerimizi aktarmak ve bu tedavilere ilişkin profesyonel bir iletişim ortamı sağlamaktır. İlk olarak cinsel sorunların çerçevesi belirlenecek ve uygulamadaki tedavi yöntemleri tanıtılacaktır. Cinsel sorunların kapsamı erkeklerde empotans (ereksiyon yokluğu ya da güçlüğü) prematür ejakülasyon (erken boşalma), enkompetan ejakülasyon (sürekli ereksiyon sonucu vajinal boşalmanın olmaması) vakalarını kapsamaktadır. Kadınlarda ise vaginismus (vajinal kaslardaki kasılma ve acı nedeniyle birleşmenin olmaması) frigidite (orgazm yokluğu) vakaları kapsamaktadır. Psikiyatri literatüründe, bu sorunlara yönelik tedavi teknikleri gelişim tarihçesi içinde aşağıdaki biçimde sıralanabilir :

- a) Psikodinamik yönelimli tedaviler
- b) Davranış tedavileri
- c) Masters ve Johnson'un tedavi tekniği
- d) Grup tedavileri

a) *Psikodinamik yönelimli tedaviler* : Bu tedavi yaklaşımında kadın ya da

erkekteki cinsel sorunları belirli bilinç-altı çatışmaların belirtileri olarak görürler. Klasik psikodinamik formülasyonlar çözümlenmemiş ödipal sorunların doğurduğu suçluluk ve kaygının sonuçta cinsel fonksiyon bozukluklarını oluşturduğunu ileri sürerler. Bu çerçevede cinsel fonksiyon bozukluğunun bilinç altı çatışmanın yarattığı yoğun kaygıya karşı nevrotik bir savunma olduğu sayılısı hâkimdir, (Freud 1910/1953, Kaplan, 1974, Meyer, 1976). Bu nedenle analitik yöntemli tedaviler orijinal ödipal çatışmanın bilince ulaşması ve çözümlenmesi amacını güderler. Bazı analistler cinsel sorunların etiyolojisini ensest istekler ve kastrasyon kaygısı açısından yorumlarken, diğerleri anababanın çocuğun cinsel merak, duygu ve faaliyetlerde aşırı cezalandırıcı ya da kışkırtıcı tutumlarını vurgularlar (Bieber, 1974). Psikodinamik yönelimli tedaviler cinsel fonksiyon bozukluklarının tedavisinde diğer ruhsal rahatsızlıklarda kullandıkları yaklaşımlardan farklı bir yaklaşım kullanmazlar. Bu ekoile göre cinsel sorunu olan birey ya nevrotik ya da karakter bozukluğu türünde bir ruhsal rahatsızlık içindedir ve tedavi bireysel olarak yürütülür. Bazı klinisyenler bu fikre karşı çıkmış ve araştırma bulgularıyla cinsel sorunu olan bireylerin bu sorun dışında belirgin psikiyatrik bozukluk göstermediklerini desteklemişlerdir, (Maurice ve Guze 1970, Cooper 1968).

* II. Ulusal Psikoloji Kongresinde sunulmuştur.
Ankara - 1982

Bir çok vakada cinsel konudaki bilgisizliğin ve hatalı inançların bu bozukluğa neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Hatta Freud'un 1905'te yayınladığı «Cinsellik kuramına ilişkin 3 makale» adlı yazısındaki bir alıntı analistlerin ruhsal rahatsızlık sayılığını çürütür niteliktedir. Freud «Ruhsal yönden anormal olan kişi cinsel yaşamında da anormaldir. Ancak cinsel yaşamında anormal olan bir çok kişi diğer yönlerden anormallik göstermemektedir. Bu kişilerin kültürel gelişiminde zayıf kalan nokta sadece cinsel alandır» demektedir. Bizim beş yıllık tecrübemiz de aynı paraleldedir. Ruhsal rahatsızlığı belirgin kişilerde cinsel bozukluk görülebilir. Bunun yanı sıra cinsel sorun dışında belirgin ruhsal rahatsızlığı olmayan bir çok vaka da gördük. Bazı durumlarda cinsel sorunun getirdiği stress hafif veya orta derecede kaygı ve depresyona neden olmakta ancak cinsel sorun öncelik taşımaktadır. Tedavi plânını etkilemesi açısından tanı değerlendirilmesinde psikiyatrik belirtilerin mi, yoksa cinsel sorunların mı ağırlık taşıdığına karar vermek önem taşımaktadır.

b) Davranış tedavileri : Davranış tedavilerindeki temel sayılı semptom ve ruhsal rahatsızlık ya da «uyumsuz davranış» arasındaki eşitlik sayıdır. Cinsel sorunların tedavisinde bu temel sayılıya bir ikincisi eklenir. Bu da «kaygı cinsel faaliyet bozukluğuna neden olur» sayılıdır. Buna dayalı olarak kaygıyı yok etmek uyumsuz davranışı da ortadan kaldırır. Davranış terapisti cinsel sorunu olan bireye bir obsesif-kompulsif ya da fobik vakadan farklı bir tedavi planı uygulamaz.

Amaç kaygının, gevşeme (relaxation) ve sistematik duyarsızlaştırma çerçevesi içinde söndürülmesidir, (Wolpe

talimatların uygulanması ya da brevitel gibi ilaçların kullanılmasıyla sağlanır, (Brady, 1966, 1971).

Relaxation altında hastaya en az kaygı uyandıran cinsel uyarıcıdan en fazla kaygı uyandıran kadar kademeli bir yaklaşım uygulanır. Ayrıca in vivo -gerçek yaşantı-denemeleri için ev ödevleri verilir. Tedavinin bu aşamalarında cinsel birleşme yasağı vardır. Eşle işbirliği sağlanması ve tedaviyi eşlere birlikte izah önemlidir. Ancak sorunu olmayan eşin her görüşmede bulunması gerekmez.

c) Masters ve Johnson'un tedavi tekniği : Tedavide ikili bir ekip (bir kadın ve bir erkek terapist) eşlerle birlikte çalışır. Genellikle tedavi süresi iki hafta olup, her gün görüşme yapılır. Cinsel sorunun değerlendirilmesi ve eşlerin terapistlerin de bulunduğu bir ortamda jinekolojik ve ürolojik muayeneden geçmeleri ilk aşamadır. Cinsel birleşme yasağı konulduktan sonra, cinsel sorunun türüne göre değişen ve her gün yapılması önerilen aşamalı bir dizi ekzersiz verilir bu önerilerin yanı sıra, görüşmelerde eşlerarası iletişim, tutum ve cinsel davranışı değiştirmeyi amaçlayan destekleyici ve kısa süreli bir danışma ilişkisi kurulur (Masters ve Johnson, 1966, 1970).

Masters ve Johnson'un önerdiği ekzersizler davranış tedavilerinde yeni bir akım olan «exposure»-(kaygı uyandıran uyarıcıyla yüzleştirme) tekniğiyle benzeşmektedir. Ancak bazı ekzersizler ör. (mastürbasyon tekniklerinin öğretimi; prematür ejakülasyondaki «sıkma» tekniği) «exposure» tekniğiyle bağdaşmamaktadır. Sözü edilen durumlarda slayd, film ve okuma materialinden yararlanılarak öğretim yapıl-

d) Grup Psikoterapileri : Son yıllarda cinsel sorunları olan eşlerden oluşan gruplarda, eklektik bir yaklaşımla tedavi yapılmaktadır. Gerekli olduğu durumlarda davranış tedavisi teknikleri bireysel görüşmelerde uygulanmakta ve grup tedavisiyle birlikte yürütülmektedir. Grup çiftin cinsel sorunlarını çözmede engel olan etkenleri görmelerine, bireysel ve evlilik ilişkisindeki psikopatolojilerini çözmede yardımcı olmaktadır. Grup uyumsal davranış için bir olumlu pekiştirici kaynağı olmakta ve gerçeği test etmede kullanılmaktadır. Benzer cinsel sorunlara sahip ve çözüm yolunda çaba gösteren diğer üyelerle özdeşim ve empatinin gelişmesi, grup tedavisinin bireysel tedaviye kıyasla olumlu noktalarıdır (Kaplan 1975).

Cinsel sorun odaklı grup tedavileri hakkında ulaşabildiğimiz literatür tamminkâr sayıda olmayıp, çelişkili sonuçları içermektedir. Psikodinamik yönelimli tedaviler, davranış tedavileri, Masters ve Johnson'un teknikleriyle ilgili literatüre baktığımızda daha çok vaka etütlerine dayanan, betimsel istatistik verileriyle karşılaşmaktayız. Genel eğilim Masters ve Johnson'un teknikleri ve davranış tedavisi tekniklerinde başarı oranının yüksek olduğu yönündedir. Ancak sorunun türüne, tedaviye güdülenmeye ve kültürel düzeye göre değişen başarısızlıklar da gözlenmektedir. Değişik tedavi ekollerini kapsayan tüm araştırmalarda kontrol gruplarının eksikliği, örneklemelerde yaş, SED, belirtilerin süresi, evlilik ilişkisi, tedaviye güdülenme, bozukluğun primer ya da sekonder oluşu gibi önemli değişkenlerin ihmali dikkat çekmektedir. Çok yönlü ve bir bölümü ölçümü son derece güç değişkenlerden oluşan alanda şimdilik klinik izlenimlere dayalı uygulamalara gidilmesi genel eğilimdir (Reynolds, 1977).

Cinsel sorunlara yönelik tedavi yöntemlerini ve ilişkin araştırmaları özetledikten sonra kliniğimize son beş yılda başvuran sorunlu kişiler hakkında bilgi vermek istiyorum. Cinsel sorun vakaları genellikle üroloji veya jinekoloji bölümlerinin havaleleriyle psikiyatriye başvurumaktadırlar. Kliniğimize başvuranların çoğunu «vaginismus» vakaları oluşturmaktadır. İkincil olarak başvurular «empotans» vakalarında görülmektedir. Nadir başvuran bir diğer grup prematür ejakülasyon sorunlarıdır. Enkompetan ejakülasyon vakaları genelde çok nadir görülen vakalar olup, beş yılda bu yakınmayla başvuru olmamıştır. İlginç bir gözlem de frigidite yakınmasıyla başvuru olmamasıdır. Psikiyatrik rahatsızlıklar için tedavide olan hastalarımızın getirdiği frigidite yakınmaları dışında bir vâkayla karşılaşmadık.

Tüm vakalarda tedaviye alma ölçütlerimiz a) işbirliği yapan ve anlayışlı bir eşin varlığı b) eşlerden birinde belirgin nevrotik ya da psikotik hastalık olmaması c) cinsel konu dışında yoğun evlilik uyumsuzluğunun olmaması d) organik kaynaklı bir cinsel sorun olmamasıdır. Eğer eşlerden biri psikiyatrik rahatsızlık belirtileri gösteriyorsa bu sorunun tedavisi öncelik taşır. Benzer şekilde ağır evlilik sorunu gösterenlerin «evlilik tedavi»sine alınması tedavi plânının ilk aşamasıdır. Genellikle cinsel sorunla başvuran kişiler, bizden kendi katılımları olmaksızın büyüsel çözümler, ilaç ya da ameliyat önerisi beklerler. Ancak cinsel sorunun açıklanması ve tedavi programının izahı, kurulan olumlu tedavi ilişkisiyle çoğu kez bu engel aşılmaktadır. Tedaviye gelenlerin çoğu tıbbi olanak ve geleneksel tedavi yöntemlerini (ör. muska, dualı sular gibi) denediklerinden yeni bir yaklaşım olan bu tedaviye güdülenmeleri güç olmamaktadır. Ev

ödevleri şeklinde verilen eksersizlerin yönetim sorumluluğu kendilerinde olduğu için, ödülleri kişisel gayretleri sonucu kazanmaları önemli bir ferahlık sağlamaktadır. En önemlisi bir kısır döngü haline dönüşen cinsel birleşme deneyimlerinin terapist tarafından durdurulmasıdır. Kişiyi kendi cinselliğini ve ilişkin duygularını basamak basamak keşfetme ve yaşama rahatlığı verilmektedir.

Tedaviye başvuranlar içinde tedaviyi kesen çiftlerini sayısı oldukça azdı. Genellikle bu reddin tedavinin ilk asamalarında olduğunu gözledik. Reddetme eğilimlerine daha açıklık kazandırmak için bazı örnekler vermek yararlı olabilir : a) Eşlerden birinin kurduğu patolojik evlilik dengesini yitirme isteksizliği (ör. cinsel sorunla eşini manipüle etme ya da pasif saldırgan tutumlarını sürdürme doyumunu) b) Tedavide olmayan eşin cinsel sorunu olup bunun ortaya çıkmasından ürkmesi (Vaginismus vakalarında eşin empotan olması gibi) c) Çok katı dinsel inançlara sahip kişilerin ev ödevlerindeki eksersizleri «günah» olarak nitelendirmele-ri.

Beş yıl önce cinsel sorun tedavisini sadece sistematik duyarsızlaştırma ve hiyerarşilere uygun ev ödevleri şeklinde başlattık. Bu gün tedavi yöntemimiz oldukça eklektik bir görünüm taşımaktadır. Masters ve Johnson'un tekniklerinden daha kısa sürede ve olumlu sonuç aldığımızdan genelde bu teknikleri uygulamaktayız. Ancak olanaksızlık nedeniyle ikili tedavi ekibi kullanamamaktayız, ve haftada iki kez görüşmeyle tedaviyi yürütmekteyiz. Zaman zaman relaxationu bir ev ödevinden önce kullandığımız oluyor.

Kırsal bölgelerden gelenlerde «placebo» etkisinin daha etkili olduğunu göz-

lediğimizden, diazepam türü ilaçları tedaviye ekliyoruz. En çok başvuran Vaginismus vakalarında yurt dışında kullanılan plastik dilatörler yerine parmak eksersizlerini ödev olarak veriyoruz. Bazı vaginismus vakalarında «Gestalt» tekniklerini ekledik (ör. kişiyi hayalinde vaginasının içinde yürütmek gibi). Bazılarında «flooding» tekniğini; kişiyi kaygı uyaranlarıyla bombardıman etmeyi uyguladık. Eklektik olmamız bize bireye yönelik teknik uygulama elâstikiyetini kazandırdı ve tedavi ettiğimiz vakalarda geri dönüş olmaması gibi bir sonuç sağladı.

Vaginismus ve az sayıda başvuran prematür ejakülasyon vakalarında başarı oranı yüzdüdü. Empotans vakalarında ise primer empotans yani cinsel faaliyet öyküsünde hiç başarılı birleşme deneyimi olmayan kişilerde, prognoz oldukça ümit kırıcıydı. Diğer ülkelerde de yapılan uygulamalar bu gözlemi destekler niteliktedir. Sekonder empotans vakaları yani en az bir kez başarılı cinsel birleşme deneyimi olanlarda ise tedavi sonuçları olumluydu. Ancak ürologlara evli çiftlerden bu yakınmayla başvuranların sayıca çok olmasına karşın psikiyatriye başvuru çok azdı. Bekâr gençlerden psikiyatriye başvuru daha çoktu. Ancak tedavilerimiz mutlaka bir eşin işbirliğini öngürdüğünden yardımcı olamıyorduk.

Tüm vakaları gözden geçirdiğimizde cinsel yönden gerçekleştirilmemiş evliliklerden (unconsummated marriages) vaginismus vakalarının sıklıkla psikiyatriye başvurduğunu ancak empotans vakalarının aynı yolu seçmediklerini söyleyebiliriz. Dikkat çeken bir nokta da frigidite vakalarının başvurusudur. Her iki konuya da açıklık getirecek araştırma verilerine gereksinim vardır

Tedavi tekniklerine gelince, kısa süreli cinsel sorun tedavilerinin, psiko-dinamik yönelimli tedavilere kıyasla daha olumlu sonuçlar verdiğini gözledik. Ancak her soruna uygun tek bir teknik olmadığı, çiftin ve sorunlu kişinin değerlendirilmesine uygun değişik tekniklerin birarada kullanılmasının tedavi başarısında etken olduğu izlenimindeyiz.

Tüm psikiyatrik tedavilerde olduğu gibi cinsel sorunların tedavisinde de önkoşul, iyi bir değerlendirme ve olumlu bir tedavi ilişkisinin kurulmasıdır. Tedaviye her cinsel soruna uygun bir dizi teknikler olarak bakmak yanıltıcı olur.

Ülkemizde bu tür vakaların araştırılmasına önemli gereksinim duyulmaktadır. Gelecekte bu tür tedavileri yapan klinisyenlerin verilerini bir ekip araştırması çerçevesinde biraraya getirerek, kültürümüze özgü değişimleri saptamaları son derece yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Brady, J.P., «Brevital - relaxation treatment of frigidity», *Behaviour Research Therapy*, 4 : 71, 1966.
2. Brady, J.P., «Brevital aided systematic desensitization», In *Advances in Behaviour Therapy*, 1969, Rubin, R.D., Fensterheim, H., Lazarus, A.A., ve Franks, C.M., (editors), New York Academic Press, 1971.
3. Cooper, A., «Neurosis» and disorders of sexual potency in the male», *Journal of Psychosomatic Research* 12 : 141, 1968.
4. Freud, S., *Standard Edition of the Complete Psychological Works*, (Vol. II. J. Strachey, Ed. and trans.) London : Hogarth Press, 1953.
5. Kaplan, H.I., Freedman, A.M. ve Saddock, B.J., «Treatment of Sexual disorders», in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (Vol. II. 2 nd ed.) Baltimore : The Williams and Wilkins. Co., 1975.
6. Lazarus, A.A. «The treatment of a sexually inadequate man», In L.P. Ullmann, L. Kresner (Eds.), *Case Studies in Behaviour Modification*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1965.
7. Masters, W. Johnson, V., *Human Sexual Response*, Boston : Little Brown, 1966.
8. Masters, W., Johnson, V., *Human Sexual Inadequacy*, Boston : Little Brown, 1970.
9. Maurice, W., Guze S., «Sexual dysfunction and associated psychiatric disorders», *Comprehensive Psychiatry*, 11 : 539, 1970.
10. Meyer, J.K., *Clinical Management of Sexual Disorders*, Baltimore : The Williams and Wilkins Co. 1976.
11. Reynolds, B.S., «Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction : A critical review», *Psychological Bulletin*, 84 : 6, 1977.
12. Wolpe, J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford California : Stanford University Press, 1958.