

Cinsel İşlev Bozuklukları: Tanısal Sınıflandırma, Klinik Özellikler ve Güncel Tedavi Yaklaşımlarına Kapsamlı Bir Bakış

Sexual Dysfunctions: A Comprehensive Review of Diagnostic Classification, Clinical Features, and Current Treatment Approaches

Tunahan Sun ¹, Zeynep Namli ²

1. Turgut Özal Üniversitesi, Malatya
2. Çukurova Üniversitesi, Adana

Abstract

Sexual dysfunctions (SDs) are clinical conditions characterized by disturbances in one or more phases of the sexual response cycle, leading to significant psychological distress and impairment in functioning. The sexual response cycle involves complex interactions among hormonal, neurological, vascular, and psychosocial factors. The four-phase model proposed by Masters and Johnson and the three-phase model introduced by Kaplan form the theoretical basis of current diagnostic frameworks. Over time, the classification of SDs has evolved, and DSM-5 introduced significant modifications, including the merging and restructuring of certain diagnostic categories. Epidemiological studies indicate that the prevalence of SDs varies depending on diagnostic criteria and assessment methods; recent meta-analyses suggest rates of approximately 31% in men and 41% in women. Premature ejaculation and erectile disorder are among the most commonly reported SDs in men, whereas female sexual interest/arousal disorder and female orgasmic disorder are more prevalent among women. SDs may present as lifelong or acquired, generalized or situational. A comprehensive diagnostic evaluation includes detailed sexual history, physical and neurological examination, and assessment of medical conditions and substance or medication use. Treatment approaches include psychoeducation, cognitive-behavioral sex therapy, couple therapy, and pharmacological interventions. Behavioral and cognitive-based sex therapy approaches have been shown to contribute significantly to clinical improvement, particularly in premature ejaculation and genito-pelvic pain/penetration disorder. This review provides a comprehensive and integrative overview of the diagnostic framework, epidemiology, clinical subtypes, and current treatment approaches in SDs.

Keywords: Sexual dysfunctions, DSM-5, sexual response cycle, sex therapy

Öz

Cinsel işlev bozuklukları (CİB), bireyin cinsel yanıt döngüsünün bir veya daha fazla evresinde ortaya çıkan, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ve işlevsellikte bozulmaya yol açan durumlardır. Cinsel yanıt; hormonal, nörolojik, vasküler ve psikososyal etkenlerin etkileşimi sonucunda oluşan karmaşık bir süreçtir. Masters ve Johnson tarafından tanımlanan dört aşamalı cinsel yanıt modeli ve Kaplan'ın üç aşamalı modeli, günümüzdeki tanısal çerçevenin temelini oluşturmaktadır. CİB'in tanısal sınıflandırılması yıllar içinde değişim göstermiş, DSM-5 ile birlikte bazı tanı kategorileri birleştirilmiş ve klinik ölçütler yeniden yapılandırılmıştır. Epidemiyolojik çalışmalar, CİB'nin prevalansının kullanılan tanı ölçütleri ve değerlendirme yöntemlerine bağlı olarak değişkenlik gösterdiğini; güncel meta-analizlerde bu oranın erkeklerde yaklaşık %31, kadınlarda ise %41 düzeyinde bildirildiğini ortaya koymaktadır. Erkeklerde erken boşalma ve erektil disfonksiyonun sık bildirilen CİB arasında yer aldığı; kadınlarda ise cinsel ilgi/uyarılma ve orgazm bozukluklarının ön planda olduğu belirtilmektedir. CİB; yaşam boyu ya da edinilmiş, yaygın ya da durumsal özellik gösterebilmektedir. Tanı sürecinde ayrıntılı anamnez, fizik ve nörolojik değerlendirme ile madde/ilâç kullanımının sorgulanması önerilmektedir. Tedavide psikoeğitim, bilişsel-davranışçı cinsel terapiler, çift terapileri ve farmakolojik yaklaşımlar yer almaktadır. Davranışsal ve bilişsel temelli cinsel terapi yaklaşımlarının, özellikle erken boşalma ve genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunda klinik iyileşmeye anlamlı katkı sağladığı bildirilmektedir. Bu derlemede, CİB'nin tanısal özellikleri, epidemiyolojisi, klinik alt tipleri ve güncel tedavi yaklaşımları bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Cinsel işlev bozuklukları, DSM-5, cinsel yanıt döngüsü, cinsel terapi

Giriş

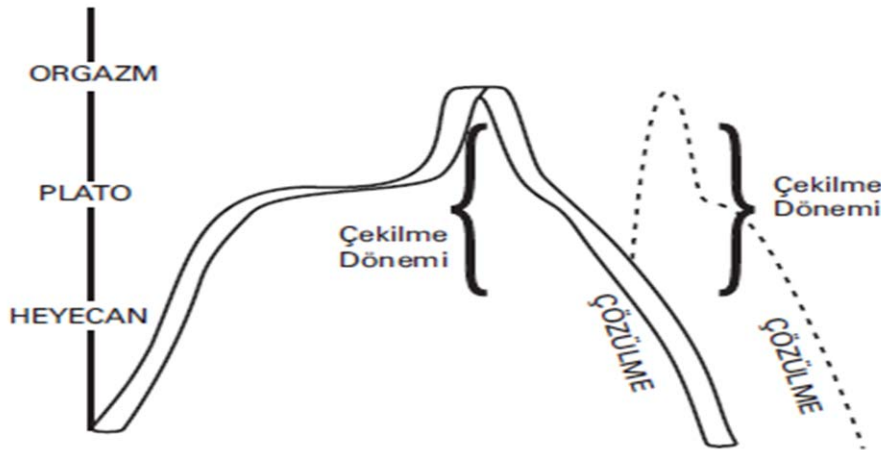
Cinsel işlev bozukluğu (CİB), cinsel istek, uyarılma veya orgazmdaki bozukluklar ya da kişisel sıkıntıya veya kişilerarası sorunlara yol açan cinsel ağrı ile karakterizedir. CİB, farklı popülasyonlarda hayat kalitesini, yakın ilişkileri ve psikolojik iyi oluşu önemli ölçüde etkilemektedir. CİB'nin farkındalığı ve tedavisi son yıllarda önemli ölçüde gelişmiş ve ağırlıklı olarak psikojenik modellerden, biyopsikososyal modellere doğru bir geçiş yaşanmıştır. CİB'nin yüksek prevalansına rağmen klinik pratikte sıklıkla gözden kaçtığı ve yeterince tanı almadığı bildirilmektedir. Bu durumun, klinisyenlerin cinselliği rutin değerlendirmeye yeterince dahil etmemesi ve hastalarda damgalanma ile ilişkili başvuru gecikmesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Avasthi vd., 2017).

Bu çalışma, CİB tanısı, klinik özellikleri ve tedavi yaklaşımlarını bütüncül biçimde ele almayı amaçlayan bir anlatısal (narrative) derlemidir. Bu derlemenin amacı, CİB'nin güncel tanısı, sınıflandırmasını, epidemiyolojik özelliklerini, etiyolojik temellerini ve klinik değerlendirme basamaklarını bütüncül bir çerçevede ele almak ve kanıta dayalı tedavi yaklaşımlarını sistematik biçimde gözden geçirmektir. Klinik görüşmelerde cinselliğin çoğu zaman yeterince sorgulanmaması, damgalanma ve kültürel bariyerler nedeniyle bu bozukluklar sıklıkla tanı almadan kalabilmektedir. Bu nedenle, güncel literatürün bütüncül bir yaklaşımla yeniden değerlendirilmesi, klinisyenlere tanı ve tedavi sürecinde yapılandırılmış bir çerçeve sunması açısından önem taşımaktadır. Bu derlemede, CİB sırasıyla tanısı, klinik özellikler, klinik alt tipler, ayırıcı tanı, değerlendirme algoritmaları ve tedavi yaklaşımları bağlamında ele alınmıştır.

Cinsellik

Cinsellik anatomik yapılar, fizyolojik süreçler, bireyin çevresiyle olan ilişkileri, içinde bulunduğu kültür ve yaşam tecrübeleriyle şekillenmektedir. Cinsellikte “normallik” kavramının kültürel ve bireysel farklılıklara bağlı olarak değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (Sadock vd., 2016). Cinsel sağlık kavramı bireyin cinsel hayatını mutlu bir şekilde, zorlanmadan sürdürebilmesidir. Cinsel sağlığın amacı sadece üremenin gerçekleşmesi ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların engellenmesi değil, aynı zamanda kişilerarası ilişkilerin ve cinsel hayatın güçlendirilmesidir (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 2006).

Cinsellik her dönemde tıbbın ilgi odağı konuları arasında yer almıştır. Yirminci yüzyılın başlarında cinsellik bilimsel açıdan ele alınmaya başlanmıştır. 1960'lı yıllarda Masters ve Johnson tarafından ilk kez doğrudan laboratuvar gözlemlerine dayanan incelemeler yapılmıştır. Çalışmalarında cinsel uyarılara verilen yanıtlar izlenmiş, nesnel ölçüm yöntemleriyle cinsel yanıt aşamaları kaydedilmiştir. Masters ve Johnson'un yapmış olduğu bu çalışmalar günümüzde kullanılan CİB sınıflandırmasının temelini oluşturmuştur (Masters & Johnson, 1966).

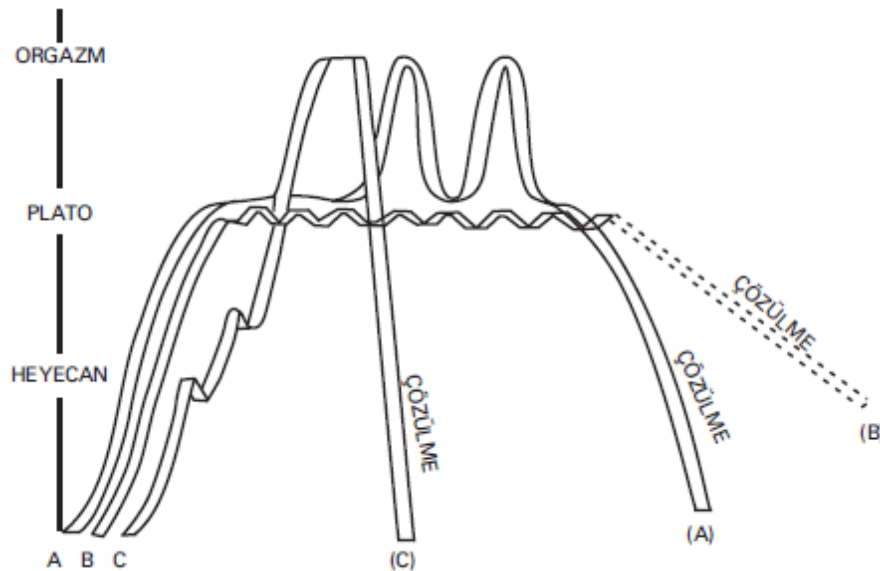


Şekil 1. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsünün evreleri (İncesu, 2004)

Cinsel Yanıt Evreleri

Masters ve Johnson'un tanımladığı dört aşamalı cinsel yanıt döngüsü; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme aşamalarından oluşmaktadır. Helen Singer Kaplan, cinsel istek aşamasının cinsel uyarılma ve orgazm evrelerine ilave

olarak cinsel yanıt döngüsünde önemli bir görev üstlendiğini belirlemiş ve cinsel istek evresi döngüye dahil edilmiştir ve çözülme aşamasının klinik bir önemi olmadığı görüşü hâkim olmuştur. Kaplan cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluşan ve günümüzde halen kullanılan üç aşamalı cinsel yanıt döngüsünü geliştirmiştir (Kaplan, 1977; Masters & Johnson, 1966). Cinsel yanıt, hormonal, vasküler, nörolojik ve ruhsal etkenlerin karşılıklı etkileşimiyle gerçekleşen fizyolojik bir süreçtir. Bu döngünün sağlıklı bir şekilde gerçekleşmemesi CİB'ye yol açmaktadır (Tuğut, 2016). Erkeklerde cinsel yanıt döngüsünün evreleri Şekil 1'de, kadında cinsel yanıt döngüsü ise Şekil 2'de şematik olarak gösterilmiştir.



Şekil 2. Kadında cinsel yanıt döngüsü (İncesu, 2004)

Tablo 1. DSM-5'e Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması

Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu
Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu
Sertleşme Bozukluğu
Kadında Orgazm Bozukluğu
Erken Boşalma
Geç Boşalma
Cinsel organlarda- Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu
Maddenin /İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu
Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırması

İlk kez Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) DSM-II'de "Psikofizyolojik Bozukluklar" sınıfında "disparoni" ve "empotans" gibi bazı CİB'den bahsedilmiş ancak farklı bir kategori olarak değerlendirilmemiştir (Spitzer vd., 1980). CİB kategorisi DSM-III'te "Psikoseksüel Disfonksiyonlar" başlığında sınıflandırılmıştır ve cinsel istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki bozukluklar tanımlanmıştır (Pichot, 1986). DSM-III-R'de "Cinsel Tiksinti Bozukluğu" (American Psychiatric Association, 1987), DSM-IV'te "Genel Tıbbi Duruma Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları" ve "Madde Kullanımının Neden Olduğu Cinsel İşlev Bozuklukları" (American Psychiatric Association, 1994), DSM-IV-TR'de "Başka Türü Adlandırlamayan Cinsel İşlev Bozuklukları" tanı kategorileri eklenmiştir. Cinsel bozukluklar, DSM IV-TR'de üç ana grupta; 1) Parafililer 2) Cinsel İşlev Bozuklukları 3) Cinsel Kimlik Bozuklukları şeklinde sınıflandırılmıştır. CİB ise; Cinsel İstek Bozuklukları, Cinsel Uyarılma Bozuklukları, Orgazm ile ilgili Bozukluklar, Cinsel Ağrı Bozuklukları şeklinde gruplandırılmıştır (American Psychiatric Association, 2000). DSM-5'te

CİB gruplara ayrılmamıştır (American Psychiatric Association, 2013). CİB'nin DSM-5'e göre sınıflandırılması Tablo 1'de özetlenmiştir.

Cinsel İşlev Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalar, CİB'nin genel popülasyonda yaygın olduğunu göstermekle birlikte, bildirilen prevalans oranlarının çalışılan popülasyonun özelliklerine, kullanılan tanı ölçütlerine ve değerlendirme yöntemlerine göre belirgin farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Güncel bir meta-analize göre, genel popülasyonda CİB prevalansının erkeklerde yaklaşık %31, kadınlarda ise %41 düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, bu çalışmalar arasında belirgin düzeyde heterojenlik bulunduğunu ve bu heterojenitenin başlıca nedenlerinin kullanılan ölçüm araçlarındaki farklılıklar, sosyokültürel değişkenler ve örneklem özellikleri olduğu bildirilmektedir (Ramírez-Santos vd., 2024). Benzer şekilde, birinci basamakta yürütülmüş bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, kadınlarda genel CİB prevalansının yaklaşık %39 olduğu, ancak bu oranın farklı alt gruplar ve değerlendirme yöntemlerine göre geniş bir aralıkta değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir (Vechiu vd., 2026).

Prevalans tahminlerindeki bu değişkenliğin yalnızca metodolojik farklılıklardan değil aynı zamanda yaş, menopoza, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar, kültürel normlar ve ilişki dinamikleri gibi çok sayıda biyopsikososyal faktörden etkilendiği düşünülmektedir. Ayrıca, öz-bildirim temelli ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda daha yüksek prevalans oranları bildirilirken, klinik tanı ölçütlerinin esas alındığı çalışmalarda daha düşük oranlar elde edilebilir. Bundan dolayı, CİB'nin epidemiyolojisi değerlendirilirken elde edilen verilerin belirli bir popülasyon, ölçüm aracı ve çalışma tasarımı bağlamında yorumlanması ve çalışmalar arasındaki heterojenliğin dikkate alınması gerekmektedir.

Cinsel İşlev Bozuklukları

Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

Cinsel fantezilerin, düşüncelerin ve cinsel etkinlik isteğinin az olması ya da olmaması ile tanımlanmaktadır. Cinsel istekte azalmaya bağlı olarak boşalma ve orgazm güçlükleri gelişebilmektedir. Her erkekte zaman zaman görülebilmektedir ancak bozukluk olarak tanımlanabilmesi için kişide sıkıntı uyandırması ve tekrarlayıcı olması gerekmektedir (Doğan vd., 2006; Sadock vd., 2016). Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu'na erken ve ileri yaş gruplarında daha yaygın rastlanmaktadır. 18-24 yaşları arasında % 6 ve 66-74 yaşları arasında % 40 oranlarında cinsel istekle ilgili bozukluk saptanmıştır (Sadock vd., 2016).

DSM-5 tanı kriterlerine göre Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu tanısı konulabilmesi için; cinsel içerikli düşüncelerin veya düşlemlerin ve cinsel etkinlik isteğinin sürekli veya tekrarlayıcı olarak az olması ya da olmaması, bu belirtilerin altı ay ya da daha uzun süre devam etmesi gerekmektedir. Klinisyen, bireyin yaşı, yaşadığı genel ve toplumsal durumlar gibi cinsel işlevleri etkileyebilecek etmenleri göz önünde bulundurarak karara varmaktadır. Tanı konulabilmesi için belirtilerin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması gerekmektedir. Mevcut belirtiler cinsel kökenli olmayan başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalı ya da ciddi bir ilişki bozukluğundan ya da stres oluşturacak önemli başka etmenlerden kaynaklanmamalıdır. Kullanılan bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlı olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

DSM-5 ile birlikte, "Kadınlarda Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu" ile "Kadınlarda Uyarılma Bozukluğu" tanıları birleştirilerek "Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu" şeklinde tek bir tanı başlığı oluşturulmuştur (American Psychiatric Association, 2013). Kadınlarda erotik düşünce veya fantezilerin yetersiz olması ya da hiç olmaması, cinsel etkinlikleri başlatamama, partner tarafından başlatılan aktivitelere yanıt verememe, partnerin tekliflerine direnç gösterme, cinsellik esnasında keyif alamama, genital yanıtın yetersiz olması belirtileri ön plandadır (İncesu, 2018; Sadock vd., 2016). Tanı öncesinde stresli yaşam olayları, menopoza, genel tıbbi hastalıklar, ilaç tedavileri, uygun cinsel uyarıcı varlığı gibi etmenler sorgulanmalıdır (Sadock vd., 2016).

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu çoğunlukla kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın görülmektedir. Ülkemizde kadınlar arasında görülen en yaygın CİB "cinsel ilgi/uyarılma bozukluğudur" ve yaygınlığı oldukça yüksektir. Ancak tedaviye başvuru oranı, bu problemi yaşayanlara göre oldukça azdır ve vajinismus, tedavi amacıyla başvurularda ilk sırada yer almaktadır.

DSM-5 tanı kriterlerine göre Kadında Cinsel İlgil/Uyarıma Bozukluğu tanısı konulabilmesi için; cinsel etkinliklere karşı ilgisiz olma ya da çok az ilgi gösterme, cinsel içerikli düşüncelerin veya düşlemlerin olmaması ya da çok az olması, cinsel etkinlikleri başlatmama veya çok az başlatma, partnerin başlatma girişimlerine karşılık vermeme, her cinsel karşılaşmada veya neredeyse her cinsel karşılaşmada cinsel etkinlik sırasında cinsel hoşlanma olmaması veya çok az olması, içeriden veya dışarıdan gelen cinsel simgelere karşı cinsel ilginin ya da uyarılmanın olmaması veya çok az olması, her cinsel karşılaşmada veya neredeyse her cinsel karşılaşmada cinsel etkinlik sırasında cinsel organlarda veya cinsel organların dışında duyum olmaması veya çok az olması belirtilerinden en az üçü bulunmalı ve altı ay ya da daha uzun süre devam etmesi gerekmektedir. Tanı konulması için belirtilerin kadında klinik açıdan belirgin sıkıntı oluşturması beklenmektedir. Mevcut belirtiler cinsel kökenli olmayan başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalı veya ciddi bir ilişki bozukluğundan (eşin şiddet uygulaması gibi) veya stres oluşturacak önemli başka etmenlerden kaynaklanmamalıdır. Kullanılan bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlı olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu

Cinsel aktivite için yeterli ereksiyonu yineleyici veya sürekli olarak başlatamama veya cinsel aktivitenin sonuna kadar ereksiyonu sürdürememe durumudur. Ereksiyon gücünün bir ya da birkaç kez veya birkaç hafta ile sınırlı olmamalı, tanı konulabilmesi için bu problemin yineleyici, uzun süre devam etmesi gereklidir (Doğan vd., 2006; İncesu, 2018; Sadock vd., 2016).

Erkeklerde en yaygın hekime başvuru nedeni olan CİB, sertleşme bozukluğudur. Erkeklerin %10-20'sinde edinilmiş tip sertleşme bozukluğu mevcuttur ve yaşam boyu sertleşme bozukluğuna daha az rastlanılmaktadır. 35 yaşından önce yaklaşık %1 oranında görülmekteyken sıklığı yaşla beraber artmaktadır. 60-70 yaş arası erkeklerin % 40-50'sinde, 80 yaşındakilerin % 75'inde sertleşme bozukluğu bildirilmiştir (İncesu, 2018; Sadock vd., 2016).

DSM-5 tanı kriterlerine göre Sertleşme Bozukluğu tanısı konulabilmesi için; cinsel etkinlik sırasında sertleşme sağlamada belirgin zorluk yaşama, cinsel etkinliği bitirene kadar sertleşmeyi devam ettirmede belirgin zorluk yaşama, sertlik düzeyinde belirgin azalma olması belirtilerinden en az biri, her cinsel etkinlikte veya neredeyse her cinsel etkinlikte yaşanmalıdır. Bu belirtiler en az altı ay ya da daha uzun süre devam etmeli ve erkeklerde klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmalıdır. Mevcut belirtiler cinsel kökenli olmayan başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalı veya ciddi bir ilişki bozukluğundan veya stres oluşturacak önemli başka etmenlerden kaynaklanmamalıdır. Kullanılan bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlı olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

Kadında Orgazm Bozukluğu

Kadında orgazm bozukluğu, orgazmın yeterli süre ve şiddette cinsel uyarıya rağmen tekrarlayan ya da sürekli biçimde geç olması ya da hiç olmaması durumudur. Herhangi bir uyarıyla hiç orgazm tecrübesi yaşamamış bir kadın yaşam boyu veya primer orgazm bozukluğu olarak tanımlanır. Sekonder veya edinilmiş orgazm bozukluğunda, kadın daha önce en az bir kere orgazm yaşamıştır. Primer orgazm bozukluğu daha yaygın görülmektedir. Toplumda kadınlarda orgazm bozukluğunun yaygınlığı yaklaşık %30'dur (Doğan vd., 2006; Sadock vd., 2016). Orgazm bozukluğu sıklığı yüksek olmasına rağmen, bu nedene yönelik tedavi amaçlı başvuru oranları düşüktür (Doğan vd., 2006; Sadock vd., 2016).

DSM-5 tanı kriterlerine göre Kadında Orgazm Bozukluğu tanısı konulabilmesi için; orgazmda belirgin gecikme olması veya orgazmın belirgin şekilde seyrekliği veya olmaması, orgazm duyumunun çok düşük yoğunlukta yaşanması belirtilerinden birinin her cinsel etkinlikte veya neredeyse her cinsel etkinlikte olması gerekmektedir. Bu belirtiler altı ay ya da daha uzun süre devam etmeli ve kadında klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olmalıdır. Mevcut belirtiler cinsel kökenli olmayan başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalı veya ciddi bir ilişki bozukluğundan (eşin şiddet uygulaması gibi) veya stres oluşturacak önemli başka etmenlerden kaynaklanmamalıdır. Kullanılan bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlı olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

Erken Boşalma

Yineleyici ve sürekli olarak orgazma ve boşalmaya istenilenden daha erken ulaşılması durumu erken boşalma olarak tanımlanmaktadır. Tekrarlayıcı şekilde vajinaya girişten önce veya girişten hemen sonra yaklaşık bir dakika içerisinde ejakülasyon olması durumudur. Temel olarak, ejakülasyonun yeterince denetlenememesi, kontrol duygusunun bulunmaması ve bireyin, partnerinin veya her ikisinin birden, amaçladıklarından daha erken boşalma olmasıdır (İncesu,

2018; Sadock vd., 2016). Erkeklerde en yaygın görülen CİB erken boşalmadır. Erken boşalma oranının % 20-35 aralığında olduğu saptanmıştır (İncesu, 2018; Sadock vd., 2016).

DSM-5 tanı kriterlerine göre Erken Boşalma tanısı konulabilmesi için; partnerle cinsel etkinlik esnasında, sürekli veya tekrarlayıcı olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma olması ve bu belirtilerin altı ay ya da daha uzun sürmesi ve her cinsel etkinlik ya da neredeyse her cinsel etkinlikte olması gerekmektedir. Boşalma kontrolünün olmaması erkekte klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmalıdır. Mevcut belirtiler cinsel kökenli olmayan başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalı veya ciddi bir ilişki bozukluğundan veya stres oluşturacak önemli başka etmenlerden kaynaklanmamalıdır. Kullanılan bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlı olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

Boşalma vajinaya girdikten sonra 30 saniye- bir dakika içinde gerçekleşiyorsa ağır olmayan, vajinaya girişten sonra 15 ila 30 saniye arasında gerçekleşiyorsa orta derecede, cinsel etkinlikten önce, cinsel etkinliğin başında veya vajinaya girişten sonra 15 saniye içinde gerçekleşiyorsa ağır olarak derecelendirilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Geç Boşalma

Erkeklerin cinsel ilişki esnasında boşalmaya büyük bir güçlük ulaşması geç boşalma olarak tanımlanmaktadır. Partnerle gerçekleştirilen cinsel aktiviteler esnasında hiç ejakülasyon yaşanmaması yaşam boyu geç boşalma, öncesinde normal işlevselliği bulunan erkeklerde ortaya çıktığında edinilmiş geç boşalma olarak adlandırılır (Sadock vd., 2016). DSM-IV'teki "Erkekte orgazm bozukluğu" tanı kategorisinin yerini DSM-5'te geç boşalma almıştır (Sungur & Gündüz, 2014). Geç boşalma yaygınlığı, erken boşalma ve sertleşme bozukluğuna göre çok daha azdır ve erkeklerde en nadir görülen CİB geç boşalmadır. Genel prevalansı %5 olarak belirlenmiştir (Sadock vd., 2016).

DSM-5 tanı kriterlerine göre Geç Boşalma tanısı konulabilmesi için; boşalmada belirgin gecikme olması, boşalmanın belirgin seyrekliği veya yokluğu belirtilerinden biri, kişi gecikme olmasını istemediği halde her cinsel etkinlikte veya neredeyse her cinsel etkinlikte yaşanmalıdır. Bu belirtiler altı ay ya da daha uzun sürmeli ve erkekte klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmalıdır. Mevcut belirtiler cinsel kökenli olmayan başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalı veya ciddi bir ilişki bozukluğundan veya stres oluşturacak önemli başka etmenlerden kaynaklanmamalıdır. Kullanılan bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlı olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

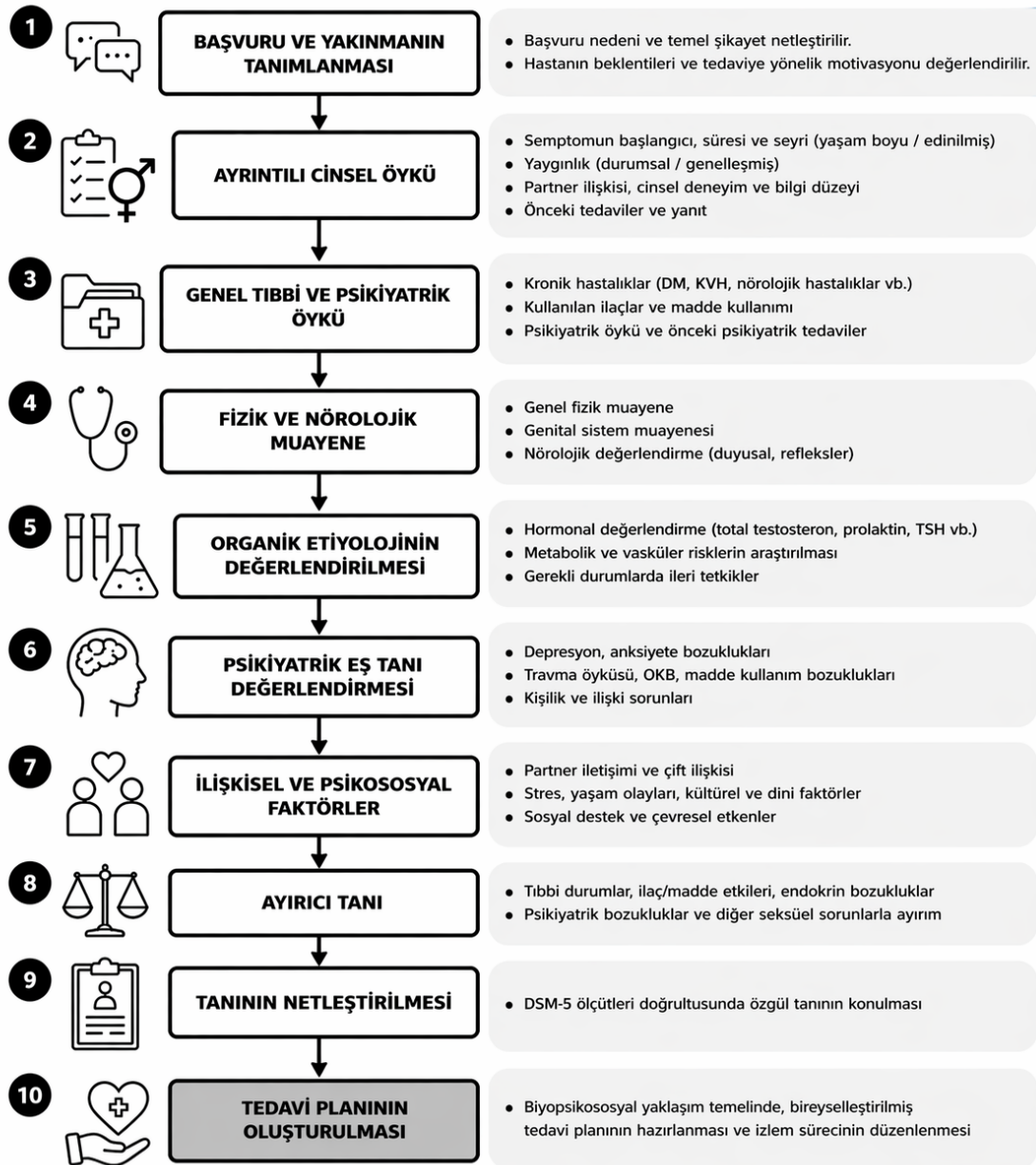
Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu

DSM-IV'te ayrı kategoriler olan vajinismus ve dispareni, "Cinsel organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu" tanı kategorisi altında birleştirilmiştir (Sungur & Gündüz, 2014). Cinsel birliktelik yaşamakta güçlük, cinsel organlarda-pelviste ağrı, birleşme esnasında ağrı ya da giriş korkusu ve pelvik taban kaslarında kasılma yakınmalarından bir veya daha fazlasının varlığında bu tanı konulmaktadır (American Psychiatric Association, 2013; Sadock vd., 2016).

Birleşme öncesinde, esnasında veya sonrasında yineleyici ya da süregelen genital ağrı dispareni olarak tanımlanmaktadır. Vajinismusla bağlantılı olup, çoğu zaman her iki tablo beraber seyretnmektedir. Dispareni nadiren erkeklerde de görülebilir ve çoğunlukla altta yatan organik bir neden mevcuttur. Vajinismus ise, vajinanın dış 1/3'ünün, pelvik taban kaslarının istemsiz kasılması nedeniyle daralması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum penisin vajinaya girişine ve cinsel birleşmeye engel olmaktadır (Doğan vd., 2006; İncesu, 2004; Sadock vd., 2016).

Vajinismus kadınlarda en sık görülen CİB olmamasına rağmen, ülkemizde tedavi amacıyla başvuruların en sık nedenidir (Doğan vd., 2006; İncesu, 2004; Sadock vd., 2016).

DSM-5 tanı kriterlerine göre Cinsel Organlarda- Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu tanısı konulabilmesi için; cinsel birleşme sırasında vajinaya girmede zorluk yaşama, vajinaya girme ya da girme girişimleri esnasında vulvovajinada veya pelviste belirgin ağrı hissetme, vajinaya girme sırasında veya girilmesinden dolayı vulvovajinada ya da pelviste ağrı duymaya yönelik belirgin şekilde korku ya da kaygı duyma, vajinaya girme sırasında pelvis taban kaslarını belirgin şekilde sıkma belirtilerinden en az birinin sürekli ya da tekrarlayıcı şekilde olması beklenmektedir. Bu belirtiler altı ay ya da daha uzun süre devam etmelidir ve kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmalıdır. Mevcut belirtiler cinsel kökenli olmayan başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalı veya ciddi bir ilişki bozukluğundan (eşin şiddet uygulaması gibi) veya stres oluşturacak önemli başka etmenlerden kaynaklanmamalıdır. Kullanılan bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlı olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).



Kısaltmalar: DM, diyabetes mellitus; KVVH, kardiyovasküler hastalık; TSH, tiroid stimulan hormon; OKB, obsesif kompulsif bozukluk.

Şekil 3. Cinsel işlev bozukluklarında klinik değerlendirme ve yönetim algoritması (Avasthi vd., 2017).

Maddenin/ilacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu

CİB, belirgin bir madde yoksunluğu veya çekilmesinden hemen sonra ya da ilaca maruziyet veya ilaç tedavisindeki değişikliğin hemen ardından ortaya çıkmalıdır (American Psychiatric Association, 2013). Alkol, amfetamin veya ilişkili maddeler, sedatifler, kokain, hipnotikler, anksiyolitikler, opioidler cinsel fonksiyonları etkilediği saptanan maddelerdir. Psikiyatrik ilaçlar başta olmak üzere, tüm ilaçların CİB'ye yol açabildiği bildirilmiştir. Genel olarak cinsel işlevler serotonerjik ajanlar, dopamin antagonistleri, prolaktini yükselten ilaçlar ve otonom sinir sistemini etkileyen ilaçlardan olumsuz etkilenmektedir (Crenshaw & Goldberg, 1996; Montgomery vd., 2002; Nagaraj vd., 2004; Sadock vd., 2016).

DSM-5 tanı kriterlerine göre Madde/ilacın Neden Olduğu Cinsel İşlev Bozukluğu tanısı konulabilmesi için; klinik açıdan belirgin bir CİB olmalıdır. Öykü, fizik muayene veya laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar; CİB'ye ilişkin belirtilerin madde entoksikasyonu veya yoksunluğu sırasında veya kısa bir zaman sonrasında veya ilaç alındıktan sonra

geliştğini desteklemelidir ve söz konusu madde veya ilaç CİB belirtilerini ortaya çıkarabilmelidir. Belirtiler madde/ilacın yol açmadığı bir CİB ile daha iyi açıklanamamalıdır. Belirtiler sadece deliryum esnasında ortaya çıkmamalıdır. Ayrıca bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşüşe neden olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Madde entoksikasyonu veya madde yoksunluğu tanısı yerine bu tanının konabilmesi için klinik görünümde CİB belirtilerinin daha baskın olması ve klinik açıdan ele almayı gerektirecek kadar şiddetli olması gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

CİB, yaşam boyu ya da edinilmiş, yaygın ya da durumsal olabilmektedir. DSM-5'e göre CİB bireyin cinsel açıdan etkin olduğu dönemden itibaren devam ediyorsa yaşam boyu, normal bir cinsel işlevsellik döneminden sonra başlamışsa edinsel olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca CİB belirtileri belirli durumlar veya eşlerle sınırlı değilse yaygın, sadece belli uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkıyorsa durumsal olarak nitelendirilmektedir (American Psychiatric Association, 2013). CİB tanı konulma aşamasında öncelikle ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Cinsel problemin hangi cinsel yanıt evresinde olduğu sorgulanmalı ve belirlenmelidir. Cinsel işlevlerde bozulmaya neden olabilecek nörolojik, endokrin, vasküler hastalıklar gibi tıbbi durumlar, madde ve ilaç kullanımı araştırılmalıdır. Tıbbi hastalıkları belirlemeye yönelik fizik, nörolojik, genital muayene yapılmakta, laboratuvar testlerinden yararlanılmaktadır (Tuğut, 2016).

Cinsel İşlev Bozukluklarında Klinik Değerlendirme

CİB'nin değerlendirilmesi, bozukluğun tipi, bozuklukla ilişkili ve bozukluğu sürdürücü faktörlerin anlaşılmasını amaçlayan kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Bu doğrultuda değerlendirme süreci; ayrıntılı anamnez alınması, fizik muayene yapılması, gerekli laboratuvar incelemelerinin yapılması ve uygun durumlarda diğer uzmanlık alanlarına konsültasyonu içeren sistematik bir çerçevede yürütülmelidir (Avasthi vd., 2017). Anamnez alma sürecinde, CİB'nin başlangıcı, süresi, seyri ve mevcut durumu ayrıntılı olarak sorgulanmalı; eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik durumlar değerlendirilmelidir. Ayrıca, anamnez alma sırasında elde edilen bilgiler doğrultusunda bozukluğun ağırlıklı olarak psikojenik kökenli mi yoksa organik kökenli mi olduğunun ayırt edilmesine yönelik klinik ipuçlarına dikkat edilmelidir. Birçok olguda organik ve psikojenik faktörlerin bir arada bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Avasthi vd., 2017).

Değerlendirme sürecinde psikososyal faktörlerin incelenmesi de önemlidir. Bireyin içinde bulunduğu mevcut psikolojik durum, anksiyete ve depresyon belirtileri, özyılgı düzeyi, ilişki dinamikleri ve yaşam stresörleri sorgulanmalıdır. Ayrıca, partneriyle olan ilişkisi, iletişim örüntüleri ve çift dinamikleri de değerlendirme sürecinin önemli bir parçası olarak göz önünde bulundurulmalıdır (Avasthi vd., 2017). Tıbbi değerlendirme kapsamında, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve madde kullanımı öyküsü ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Fizik muayenenin yanında, eğer gerekli görülürse laboratuvar incelemeleri de yapılmalıdır. Bu değerlendirme, özellikle organik etiyolojilerin saptanması veya ekartasyonu açısından önemlidir (Avasthi vd., 2017). Klinik pratikte bu değerlendirme sürecinin yapılandırılması amacıyla, başvuru anından itibaren ayrıntılı değerlendirme, etiyolojik sınıflandırma ve tedavi planlamasını içeren sistematik bir yaklaşım önerilmektedir. Bu basamaklı değerlendirme ve yönetim süreci Şekil 3'te gösterilmektedir.

Cinsel İşlev Bozukluklarında Ayırıcı Tanı

CİB'de ayırıcı tanı süreci, biyolojik, psikolojik ve ilişkisel faktörlerin bir arada değerlendirilmesini gerektirir (Avasthi vd., 2017). Bu kapsamda, klinik pratikte ayırıcı tanı açısından başlıca etiyolojik alanlar ve değerlendirme alanları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Cinsel İşlev Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı (Avasthi vd., 2017).

Psikiyatrik etmenler	Depresyon, anksiyete bozuklukları, travma öyküsü, performans anksiyetesi
İlişkisel faktörler	Partner ilişkisi, iletişim sorunları, duygusal yakınlık, çift dinamikleri
Tıbbi hastalıklar	Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, nörolojik hastalıklar, kronik sistemik hastalıklar
Endokrin nedenler	Testosteron düzeyi, prolaktin, tiroid fonksiyonları
İlaç ve madde kullanımı	Antidepresanlar, antipsikotikler, antihipertansifler, alkol ve diğer maddeler
Psikososyal faktörler	Stres, yaşam olayları, kültürel ve dini etkenler

Cinsel İşlev Bozukluklarında Tedavi

CİB'nin tedavisinde temel yaklaşım, biyopsikososyal model doğrultusunda bireysel, ilişkisel ve organik nedenlerin bir

arada ele alınmasını gerektirir. Güncel klinik kılavuzlar, tedavi sürecinin hasta ve mümkünse partner merkezli olarak da yapılandırılmasını önermektedir (Avasthi vd., 2017).

Tedavi Seçiminde Temel İlkeler

Tedavi planı oluşturulurken hasta tercihlerinin dikkate alınması, tedaviye uyumu ve başarısını artıran önemli bir faktördür. Partner katılımının sağlanması, özellikle çift etkileşiminin ön planda olduğu durumlarda tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir. Ayrıca, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığında bu durumların uygun şekilde tedavi edilmesi, CİB'nin sürdürücü etmenlerinin azaltılması açısından önemlidir. Bu nedenle tedavi süreci, yalnızca semptom odaklı değil, bütüncül ve bireye özgü bir yaklaşımla planlanmalıdır (Avasthi vd., 2017).

1. Birinci Basamak Tedavi

Birinci basamak tedavi, tüm hastalarda uygulanması gereken temel müdahaleleri kapsar ve tedavi sürecinin başlangıcını oluşturur. Bu aşamada öncelikle hastaya ve varsa partnerine yönelik psikoeğitim verilmesi, cinsel yanıt döngüsü, normal varyasyonlar ve yanlış inançlar (mitler) hakkında doğru bilgiler sağlanması önemlidir. Bu yaklaşım, performans kaygısını azaltmayı ve gerçekçi beklentiler geliştirilmesini hedefler. Bununla birlikte, alkol kullanımı, sigara, obezite ve fiziksel inaktivite gibi yaşam tarzı faktörleri gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Eş zamanlı olarak, özellikle antidepresanlar ve antipsikotikler başta olmak üzere cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilecek ilaçların kullanımı değerlendirilerek gerekirse tedavi düzenlemesi yapılmalıdır. Ayrıca, partnerler arası iletişim sorunları ve ilişki dinamikleri ele alınarak, CİB'nin sürdürülmesine katkıda bulunan ilişkisel etmenlerin belirlenmesi ve düzeltilmesi hedeflenir (Avasthi vd., 2017).

Tablo 3. Cinsel İşlev Bozukluklarında Başlıca Cinsel Terapi Yaklaşımları (Avasthi vd., 2017).

Klinik durum	Terapi yaklaşımı	Uygulama özellikleri	Temel hedef
Erken boşalma	Davranışsal teknikler (start-stop, squeeze), cinsel terapi	Bireysel veya çift temelli, yapılandırılmış ev ödevleri ile desteklenir.	Boşalma kontrolünün artırılması, performans kaygısının azaltılması
Erektile disfonksiyon (psikojenik)	Bilişsel-davranışçı terapi, sensate focus	Çift katılımı önerilir, aşamalı fiziksel yakınlık egzersizleri uygulanır.	Performans anksiyetesinin azaltılması, cinsel uyarılmanın yeniden yapılandırılması
Vajinismus / Genito-pelvik ağrı	Bilişsel-davranışçı terapi, kademeli maruziyet, gevşeme teknikleri	Aşamalı ilerleyen yapılandırılmış program, ev egzersizleri içerir.	Pelvik kas kasılmasının azaltılması, penetrasyona tolerans geliştirilmesi
Cinsel istek / uyarılma bozuklukları	Psikoeğitim, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, çift terapisi	İlişki odaklı müdahaleler ve iletişim çalışmaları içerir.	Cinsel ilgi ve uyarılmanın artırılması, ilişki dinamiklerinin güçlendirilmesi

2. İkinci Basamak Tedavi

İkinci basamak tedavide, birinci basamak müdahalelere yanıtın yetersiz olduğu durumlarda uygulanan spesifik tedavi yaklaşımları kullanılır. Bu aşamada psikoterapötik ve farmakolojik müdahaleler ön plana çıkmaktadır. Psikoterapötik yaklaşımlar arasında özellikle bilişsel-davranışçı terapi (BDT) temelli cinsel terapiler yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunlar arasında sensate focus (duyumsal odaklanma) egzersizleri, performans anksiyetesini azaltmaya yönelik teknikler ve çift terapisi bu kapsamda önemlidir. Sensate focus gibi yapılandırılmış müdahaleler, genellikle birkaç seans boyunca uygulanarak bireylerin ve çiftlerin cinsel yakınlığı yeniden sağlamasına yardımcı olur.

Erken boşalma, özellikle genç ve cinsel deneyimi sınırlı bireylerde zaman içinde kısmen düzelebilen bir seyir gösterebilmekle birlikte, klinik açıdan belirgin sıkıntı yaratan olgularda tedavi gerektirmektedir. Farmakolojik tedavi seçenekleri arasında, SSRI'lar erken boşalma tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta olup, kısa etkili bir SSRI olan dapoksetin bu endikasyon için ruhsatlandırılmıştır. Özellikle boşalma kontrolüne yönelik becerilerin kazandırılmasını hedefleyen müdahaleler klinik iyileşmeye anlamlı katkı sağlamaktadır. Güncel yaklaşımlar, farmakolojik ve psikoterapötik yöntemlerin birlikte kullanımının tedavi etkinliğini arttırabileceğini göstermektedir (İncesu, 2018; Sadock, 2016).

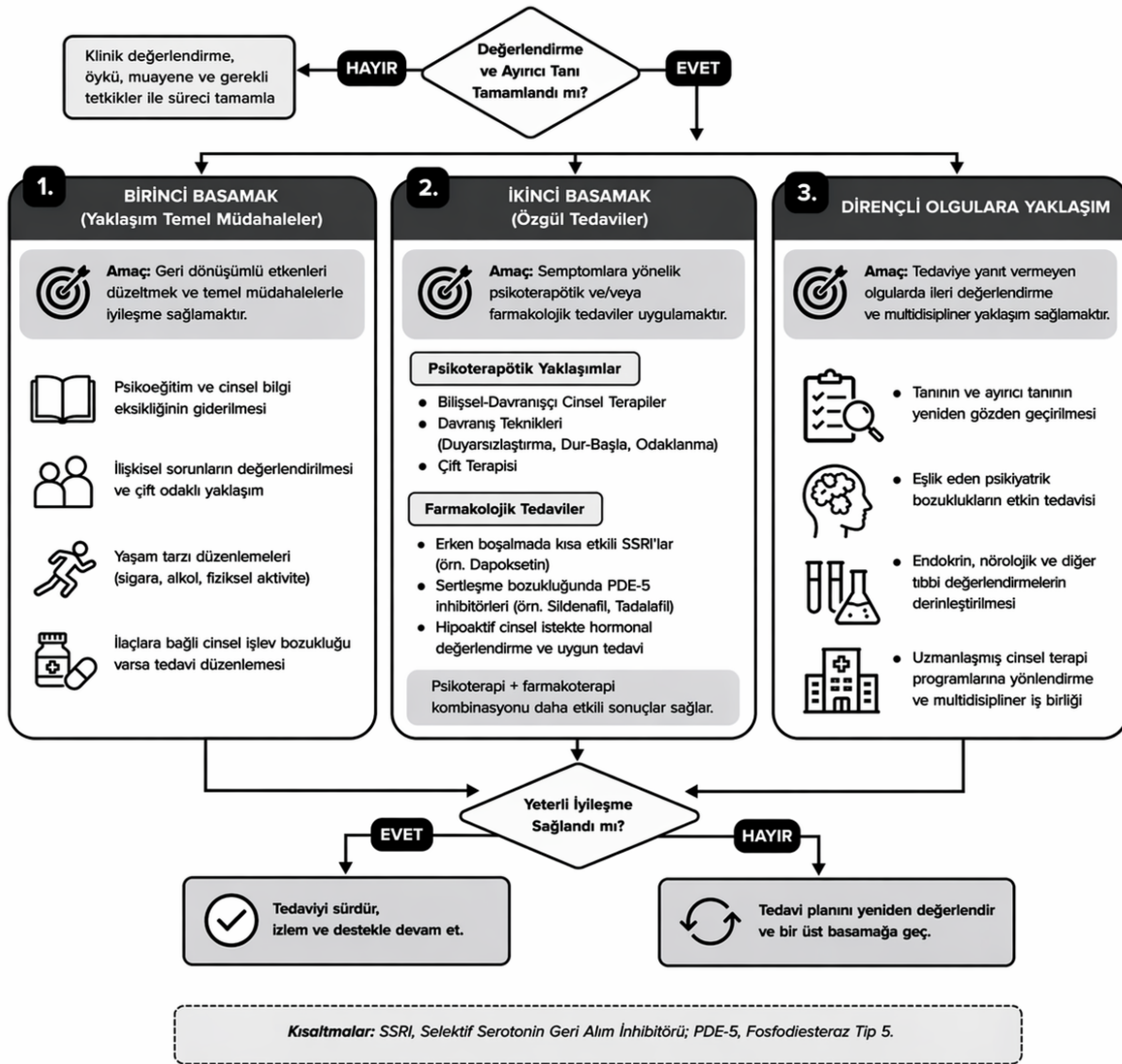
Vajinismus tedavisinde temel yaklaşım psikoterapötik müdahalelerdir. Özellikle BDT temelli cinsel terapi teknikleri, aşamalı maruz bırakma ve gevşeme egzersizlerini içeren yapılandırılmış programlar ile yüksek tedavi başarıları oranları bildirilmiştir. Farmakolojik tedaviler doğrudan birinci basamak yaklaşım olarak önerilmemektedir. Eşlik eden anksiyete

veya diğer psikiyatrik bozuklukların varlığında destekleyici olarak kullanılabilir. Bu nedenle tedavi sürecinin bireyselleştirilmesi ve gerekirse multidisipliner bir yaklaşımla planlanması önemlidir (İncesu, 2018). Cinsel terapi yaklaşımlarının klinik pratikte daha somut bir çerçevede sunulabilmesi amacıyla, başlıca terapi teknikleri, uygulama özellikleri ve hedefleri Tablo 3'te özetlenmiştir.

Bozukluğa özgü farmakolojik tedaviler de bu aşamada önemlidir. Erektile disfonksiyonda fosfodiesteraz tip 5 (PDE-5) inhibitörleri, erken boşalmada seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve hormonal nedenlerin varlığında uygun hormon tedavileri kullanılabilir. Farmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımların birlikte uygulanmasının tedavi etkinliğini artırabileceği düşünülmektedir (Avasthi vd., 2017).

3. Dirençli Olgularda Yaklaşım

Birinci ve ikinci basamak tedavilere rağmen yeterli yanıt alınamayan durumlarda, tedavi süreci daha ileri ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu olgularda kombine tedavi stratejileri planlanmalı, alta yatan organik ve psikososyal nedenler yeniden gözden geçirilmelidir. Üroloji, jinekoloji ve endokrinoloji gibi branşlarla iş birliği yapılması, özellikle organik bileşenin belirgin olduğu hastalarda tedavi başarısını artırabilir. Gerekli durumlarda vakum cihazları, intrakavernöz enjeksiyonlar veya diğer ileri tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir. Ayrıca, tedaviye yanıt etkileyebilecek motivasyon düzeyi, psikolojik hazırlık ve partner desteği gibi faktörler de sürecin önemli belirleyicileri arasında yer almaktadır (Avasthi vd., 2017). CİB'nin tedavi sürecine ilişkin bu bütüncül yaklaşım Şekil 4'te özetlenmiştir.



Şekil 4. Cinsel İşlev Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımı Algoritması (Avasthi vd., 2017).

Klinik Uygulamaya Yönelik Temel Noktalar

1. CİB, biyolojik, psikolojik ve ilişkisel etmenlerin etkileşimi ile ortaya çıkan çok boyutlu klinik durumlardır. Bundan dolayı değerlendirme ve tedavi süreçlerinde biyopsikososyal yaklaşım benimsenmelidir.
2. Klinik değerlendirmede sistematik cinsel öykü alınması, fizik muayene ve gerekli laboratuvar incelemeleri ile birlikte psikososyal faktörlerin bütüncül olarak ele alınması önerilmektedir.
3. CİB'nin etiolojisi sıklıkla multifaktöriyel olduğundan, psikojenik ve organik faktörlerin birlikte bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
4. Tedavi planı oluşturulurken hasta tercihi ve partner katılımı dikkate alınmalı ve mümkün olduğunda çift temelli yaklaşımlar tercih edilmelidir.
5. Psiko eğitim ve yaşam tarzı düzenlemeleri tüm hastalarda temel müdahaleler arasında yer almakta olup, tedavi sürecinin ilk basamağını oluşturmaktadır.
6. Psikoterapötik yaklaşımlar (özellikle DBT temelli cinsel terapiler), birçok CİB'de önemli bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.
7. Farmakolojik tedaviler bozukluğa özgü olarak planlanmalıdır. Ayrıca ilaçlara bağlı gelişen CİB'de mevcut tedavinin gözden geçirilmesi önemlidir.
8. Tedaviye yanıtın yetersiz olduğu durumlarda multidisipliner yaklaşım benimsenmeli ve ilgili uzmanlık alanları ile iş birliği içerisinde olunmalıdır.

Sonuç

CİB, yalnızca bireysel cinsel yanıtın fizyolojik bir aksaması değil aynı zamanda nörobiyolojik mekanizmalar, endokrin süreçler, psikodinamik yapılar, kişilerarası ilişkiler ve kültürel bağlamın etkileşimiyle şekillenen çok katmanlı klinik sendromlardır. DSM-5 ile birlikte tanı ölçütlerinin süre, klinik sıkıntı ve ayırıcı tanı kriterleri açısından daha yapılandırılmış hale gelmesi, tanısallı güvenilirliği artırmış olmakla birlikte; klinik pratikte kültürel normlar, ilişki dinamikleri ve toplumsal cinsiyet rolleri gibi değişkenlerin değerlendirilmesini daha da ön plana çıkarmıştır. Epidemiyolojik veriler, CİB'nin toplumda yüksek yaygınlığa sahip olmasına rağmen yardım arama davranışının sınırlı olduğu bildirilmektedir. Bu durum, damgalanma, yanlış inançlar ve cinsel sağlığa yönelik yetersiz psiko eğitim ile ilişkilidir. Klinik uygulamada sistematik ve yapılandırılmış cinsel öykü alımının rutin değerlendirmeye entegre edilmesi, erken tanı ve müdahale açısından önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Tedavi yaklaşımlarında biyopsikososyal model temel alınmalı ve farmakolojik müdahaleler, bilişsel-davranışçı temelli cinsel terapiler ve çift odaklı yaklaşımlar entegre bir çerçevede planlanması önerilmektedir. Özellikle erken boşalma ve genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunda psikoterapötik müdahalelerin klinik iyileşmeye anlamlı katkı sağladığı bildirilmektedir. Bu durum davranışsal ve bilişsel süreçlerin tedavideki rolünü desteklemektedir. Buna karşılık, madde/ilaca bağlı CİB'de tedavi planının farmakolojik düzenlemelerle optimize edilmesi gerekmektedir. Gelecekteki araştırmaların, nörobiyolojik belirteçler, hormonal düzenleyiciler ve psikososyal risk faktörleri arasındaki etkileşimleri daha ayrıntılı biçimde ortaya koyması; kültürler arası karşılaştırmalı çalışmaların artırılması ve uzunlamasına izlem verilerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. CİB'nin multidisipliner açıdan ve kanıta dayalı yaklaşımlarla ele alınması, bireylerin yaşam kalitesi ve ilişkisel doyum üzerinde olumlu etkiler sağlayabilir.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Avasthi, A., Grover, S., & Sathyanarayana Rao, T. S. (2017). Clinical practice guidelines for management of sexual dysfunction. Indian Journal of Psychiatry, 59(Suppl. 1), S91–S115. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196977>

- Crenshaw, T. L., & Goldberg, J. P. (1996). Sexual pharmacology: Fast facts (pp. 15–32). W. W. Norton & Company.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. (2022, January 1). Bilgilendirme dosyası-7: Gençlik ve cinsellik [Information brief-7: Youth and sexuality]. <https://www.cetad.org.tr/yayinlar/list/43/genclik-ve-cinsellik>
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. (2022, January 1). Bilgilendirme dosyası-1: Cinsel yaşam ve sorunları [Information brief-1: Sexual life and problems]. <https://www.cetad.org.tr/yayinlar/list/35/cinsel-yasam-ve-sorunlari>
- İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları [Sexual functions and sexual dysfunction]. *Klinik Psikiyatri*, 3, 3–13.
- İncesu, C. (2011). DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları [DSM-5 and sexual dysfunctions]. *Noropsikiyatri Arsivi*, 48(1), 1–6.
- İncesu, C. (2018). Cinsel işlev bozuklukları [Sexual dysfunctions]. In O. Karamustafalıoğlu (Ed.), *Temel ve klinik psikiyatri* (pp. 521–549). Güneş Tıp Kitabevleri.
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 3–9. <https://doi.org/10.1080/00926237708405343>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown and Company.
- Montgomery, S. A., Baldwin, D. S., & Riley, A. (2002). Antidepressant medications: A review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *Journal of Affective Disorders*, 69(1–3), 119–140. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00313-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00313-5)
- Nagaraj, A. K. M., Nizamie, H. S., Akhtar, S., Sinha, B. N. P., & Goyal, N. (2004). A comparative study of sexual dysfunction due to typical and atypical antipsychotics in remitted bipolar-I disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 46(3), 261–266. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.69902>
- Pichot, P. (1986). DSM-III: The 3rd edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association. *Revue Neurologique*, 142(5), 489–499. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(86\)80047-6](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(86)80047-6)
- Ramírez-Santos, J., Cristóbal-Cañadas, D., Parron-Carreño, T., Lozano-Paniagua, D., & Nievas-Soriano, B. J. (2024). The problem of calculating the prevalence of sexual dysfunction: A meta-analysis attending gender. *Sexual Medicine Reviews*, 12(2), 116–126. <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qead058>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). Kaplan Sadock psikiyatri: Davranış bilimleri/klinik psikiyatri (A. Bozkurt, Ed.; 11th ed.). Güneş Tıp Kitabevleri.
- Spitzer, R. L., Hyler, S. E., & Williams, J. B. W. (1980). Annotated comparative listing of DSM-II and DSM-III. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., pp. 371–395). American Psychiatric Association.
- Sungur, M. Z., & Gündüz, A. (2014). A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 364–373. <https://doi.org/10.1111/jsm.12385>
- Tuğut, N. (2016). Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar [Sexual dysfunction and current approaches]. *Türkiye Klinikleri Obstetric–Women's Health and Diseases Nursing–Special Topics*, 2(1), 70–75.
- Vechiu, C., Zimmermann, M., Aubuchon-Endsley, N., López-Morales, H., & González, M. (2026). Female sexual dysfunction in primary care: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Journal of Women's Health*, 35(3), 247–263. <https://doi.org/10.1177/15409996251410095>

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu yazı derleme çalışması olduğu için Etik Kuruldan onaya gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: No ethical approval is required for this review article.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.