

# Cinsellikten Tiksinti Duyma Bozukluğu: Davranışçı Tedaviye Olumlu ve Hızlı Yanıt Veren Bir Olgu

Sultan Doğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uz.Dr., Özel GOP Hastanesi Psikiyatri Kliniđi İstanbul

## ÖZET

Cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, bir cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle (ya da hemen tümüyle) kaçınma ile karakterize bir cinsel işlev bozukluğudur. Seyrek rastlanan ve tedavisi zor olan bir hastalık olarak bilinmektedir. İlk kez 1987’de DSM sınıflandırmasına girmiş olmasına karşın cinsel işlev bozuklukları ile ilgili kitaplarda bağımsız bir başlık olmaktan çok cinsel isteksizlik, vajinismus, dispareuni ile birlikte ya da cinsel tacizin bir sonucu olarak ele alınmaktadır. Kadınlarda daha sık görüldüğü ve tedavide en etkin yöntemin davranışçı duysızlaştırma yöntemi olduğu konusunda görüş birliği vardır. Bu yazıda 24 yaşında, 4 yıllık evliliği boyunca eşine dokunmayan, kendisine dokunulmasına izin vermeyen ve çıplak olarak sevişmeyi reddeden bir kadın cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu olgusu sunulmuştur. 8-9 yaşlarındayken cinsel tacize uğrayan hasta, eşiyile çok nadiren cinsel ilişkiye giriyordu. Eşiyile birlikte terapiye alınan olgu şaşırtıcı derecede kısa sürede tamamen düzelmiştir. “Davranışsal duysızlaştırma” ve genel cinsel terapi ilkelerinin uygulandığı tedavi süreci toplam 3 oturumda tamamlanmıştır. Yazıda hastalığın klinik özellikleri, tanı, tedavi süreci ve tedaviye olumlu yanıtta etkili olabilecek etmenler tartışılmıştır. Ayrıca cinsellikten tiksinti duyma bozukluğunun uygun bilgilendirme ve terapi teknikleriyle bazen şaşırtıcı olabilecek kadar kısa sürede düzelebileceği vurgulanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Cinsel tiksinti, davranışçı tedavi, sonlanış.

(*Klinik Psikiyatri 2006;9:191-197*)

## SUMMARY

### Sexual Aversion Disorder: A Case of Favourable Outcome and Rapid Response to Behavioral Therapy

Sexual aversion disorder is a sexual dysfunction characterized with persistent or recurrent extreme aversion to, and avoidance of, all (or almost all) genital sexual contact with a sexual partner. It is known that it is a rare disorder and it is hard to treat. Although it entered DSM’s classification in 1987, in books about sexual disorders it is not placed under its own title but discussed with sexual desire disorder, vaginismus, dyspareunia or as a result of sexual abuse. There is a common opinion that it is seen more frequently with women and the most efficient treatment technique is the behavioral desensitization. This case report presents a 24-year-old woman, who had not touched her husband in her 4-year marriage and had not let him touch her and refused having sex naked. The patient, who was sexually abused when she was 8 or 9, had rarely had sex with her husband. The patient who was admitted to therapy with her husband improved in a surprisingly short time. Treatment process, where “systematic desensitization” and general sexual therapy principles applied, was completed in 3 sessions. In this paper, clinical characteristics, diagnosis, treatment process of sexual aversion disorder, and factors that affected the treatment process positively were discussed. Moreover, it is emphasized that sexual aversion disorder could be treated in a surprisingly short time with proper therapy techniques and when patients are informed well.

**Key Words:** Sexual aversion, behavioral therapy, outcome.

## GİRİŞ

DSM-IV-TR'ye göre cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu (CTDB), sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, bir cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle (ya da hemen tümüyle) kaçınma ile karakterize bir cinsel istek bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000).

CTDB literatürde çok az bahsedilen bir konudur ve genel olarak tedavisi zor bir bozukluk olarak kabul edilir. Cinsel terapilerle ilgili kitaplarda bağımsız bir başlık olmaktan çok cinsel isteksizlik, vajinismus, disparoni ile birlikte ya da cinsel tacizin bir sonucu olarak ele alınmaktadır ve sınırlı sayıda olgu sunumu vardır. Bu nedenle görülme sıklığı ve yaygınlığı hakkında da kesin verilere ulaşmak mümkün olamamaktadır. Ancak kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Kaplan 1987, Ponticas 1992, Kinsberg ve Janata 2003).

Temel olarak bir anksiyete bozukluğu olduğu ileri sürülse de DSM sınıflandırmalarında hiçbir zaman bir anksiyete bozukluğu olarak yer almamış ve ilk kez 1987'de cinsel bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır.

Birincil CTDB olan kişilerde bütün cinsel aktivitelere karşı olumsuz tutum takınma ve uzak durma çok erken yaşlarda başlamıştır. Dini ve/veya ahlaki olarak katı yetiştirilmişlerdir. Gelişimsel dönemlerinde ensest, cinsel istismar, yaşla uygun olmayan cinsel deneyime maruz kalma olabilir. Bir başkasının başına gelen cinsel tecavüz ya da istenmeyen gebeliğin bile birincil tipin ortaya çıkmasında etkili olabileceği bildirilmektedir. Diğer cinsel işlev bozukluklarının gelişmesine zemin hazırlar ve kadınlarda en sık vajinismus, erkeklerde ise ereksiyon bozukluğu ya da erken boşalmayı tetikler. Diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha fazla oranda psikiyatrik bozuklukla birlikte. Sıklıkla panik bozukluğu, fobiler, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif davranışlar, intihar eğilimi, anksiyete ve şiddetli nörotik davranışlarla birlikte olabilir. Daha az olarak paranoid kişilik özellikleri, psikosomatik bozukluk ve nadiren şizofreniyle birlikte görülebilir. Erken çocukluk ve ergenlik dönemlerinde masturbasyon deneyimleri ve gelişim evrelerine uygun cinsel deneyimleri yoktur. Genel

olarak kendilik algıları (self concept) düşüktür. Evlilik öncesi hemen hiçbir cinsel deneyimleri olmadığı için sorun yaşadıklarında çok şaşırırlar. Partnere spesifik değildir ve sorun bütün potansiyel partnerlerle ortaya çıkar. İkincil tipte, geçmişte bir dönem olağan ve haz verici cinsel deneyimleri olan kişilerde, sonradan cinsel eylemlerden ve cinsel eylemi başlatabilecek bütün davranışlardan kaçınmanın ortaya çıkması söz konusudur. Cinsel ilişki, ruhsal veya fiziksel olarak ağırlı hale gelmiştir. İlerleyici bir seyri vardır ve tedavi edilmediğinde kendiliğinde düzelleme pek gerçekleşmez. Ereksiyon bozukluğu, orgazm bozukluğu veya erken boşalma gibi başka bir cinsel işlev bozukluğunun bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Böylece cinsel olarak kendini sorunlu ve yetersiz hisseden kişilerde başarısızlıktan kurtulmak için cinsellikten kaçınma davranışı ve ikincil CTDB gelişebilir. İşlev bozukluğu olmayan eşin kendisini, işlev bozukluğu olan eşin sorunu nedeniyle yetersiz, başarısız, sorumlu hissetmesi, cinselliğin yerine getirilmesi gerekli bir ödev veya iş olarak algılanması nedeniyle ikincil CTDB olması da mümkündür. Sorun tek eşle ortaya çıkar, eş değiştirildiğinde sorun yaşanmaz yani partnere spesifiktir (Crenshaw 1985, Kaplan 1987, Katz ve Jardine 1999, Kinsberg ve Janata 2003).

Bu yazıda 4 yıllık evliliği boyunca çok nadir olarak eşiyile cinsel ilişkiye giren, eşinin kendisine fiziksel olarak dokunmasına izin vermeyen, çocukken cinsel taciz görmüş olan "davranışsal duyarsızlaştırma" tedavisine hızlı ve olumlu yanıt veren bir cinsel tiksinti duyma bozukluğu olgusunun klinik özellikleri, tedavi süreci ve bu süreci etkileyen faktörler aktarılacaktır.

## OLGU

Bayan T, 24 yaşında, lise mezunu, ev kadını, 2 yaşında bir oğlu var. 4 yıl önce görücü usulüyle tanışıp severek, isteyerek evlenmiş. Görüşmeye 30 yaşında ve öğretmen olan eşiyile birlikte geldi.

Bayan T'nin evlendiğinden beri eşine dokunmak istememe, kendisine dokunulmasından rahatsız olma yakınmaları vardı. Meninin pis bir şey olduğunu düşünüyor ve rahatsız oluyordu. Çift bugüne değin hiç çıplak olarak sevişmediklerini ifade ettiler. Son iki yıldır her ikisinde de giderek

artan cinsel isteksizlik yakınması da vardı. Çift ikinci bir çocuk sahibi olmayı planladıklarını ve artık “normal cinsel ilişki” istediklerini söylüyordu.

Sevişmeden cinsel ilişkiye giriyorlardı ve bunu da sadece çocuk istediklerinde yapmışlardı. Hamile kalmak için bir ay boyunca sevişmeden cinsel ilişkiye girmişler ve bu ilişki denemelerinde Bayan T hep ağrı duymuştu.

2 yıldır nadiren cinsel ilişkileri oluyordu. Bayan T sadece adet döneminde cinsel istek duyduğunu ve bu dönemde giyinik olarak üst pozisyonda eşine sürtünerek orgazm olabildiğini söyledi. Bunun dışında cinsellikleri haftada ortalama 2-3 kez eşin Bayan T’yi çıplakken seyrederek mastürbasyon yapması şeklinde tanımlanıyordu ve çift kesinlikle birbirine dokunmuyordu.

Çiftin evlilik öncesi cinsel deneyimi yoktu. Her ikisi de cinsellikle ilgili bilgilerini “kısıtlı” buluyor ve kendilerini “tutucu” olarak değerlendiriyorlardı. Nişanlıken el ele tutuşma, öpüşme, giyinik olarak sevişme biçiminde cinsel yaşantıları olmuş ve evlendikten sonra böyle sorunları olabileceğini hiç beklemiyorlarmış. Çiftin evlilik uyumları sorgulandığında birbirlerini çok sevdiğini, çok iyi anlaştıklarını ve her alanda birbirlerini desteklediklerini ifade ettiler.

Bayan T, 8-9 yaşlarındayken (ilkokul 3. sınıf) babasıyla yaşıt olan halasının oğlu tarafından cinsel olarak taciz edilmiş. “Gel öpeyim, yanıma yat” dediğini hatırlıyor. Kendisinden 2 yaş büyük ablası da benzer şekilde aynı kişi tarafından taciz edilmiş. Bayan T, taciz olayının sadece bir kez olduğunu, bu konuyla ilgili fazla bir şey hatırlamadığını ve durumu eşiyile de paylaşmış olduğunu ifade etti. Çocukluk ve erişkinlik döneminde bu olayla ilgili aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme şeklinde yaşantılar tanımlamadı. Olayı sık sık hatırlama veya rüyada görme ya da yeniden yaşıyormuş gibi olmayla ilgili zihinsel ve fizyolojik deneyimleri yoktu. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilgili olabilecek uyku sorunları, irritabilite, aşırı irkilme tepkisi, yabancılaşma, toplumsal eylemlerden kaçınma, duygulanımda kısıtlılık gibi sorunlar da saptanmadı. Travmayla ilişkili olabilecek kaçınma davranışı, çıplak olarak eşinin kendisine ya da kendisinin eşine dokunmasından kaçınmak şeklindey-

di. Bayan T, ilk adetini 13 yaşındayken görmüştü. İkincil cinsel karakterlerin gelişimi ve adet görmeyle ilgili herhangi bir sıkıntısı olmamıştı. Bayan T evlilik öncesi ve sonrası dâhil olmak üzere hiçbir zaman mastürbasyon yapmayı denememişti.

Bayan T’de ve eşinde herhangi bir fiziksel hastalık öyküsü yoktu ve cinsel sorunlar dışında bir psikiyatrik sorun saptanmadı. Bugüne kadar TSSB dahil olmak üzere herhangi bir başka psikiyatrik sorun nedeniyle başvuru veya tedavi girişimi olmadığını bildirdi.

### Tanı

DSM-IV-TR ölçütlerine göre Bayan T’ye cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu, yaygın ve yaşam boyu (birincil) tip tanısı konuldu. Cinsel ilişki sırasında duyulan ağrının dispareni olmayıp yetersiz ön sevişmeye bağlı yetersiz ıslanma ile ilişkili olduğu düşünüldü. Cinsel isteksizliğin de CTDB nedeniyle ortaya çıktığı düşünüldü. Hastanın cinsel işlevlerini daha ayrıntılı olarak değerlendirmek, semptomların şiddetini belirlemek ve tedaviye yanıtı izlemek amacıyla hastaya Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) verildi (Tuğrul 1993). Hastanın bu ölçekten aldığı toplam ham puan 71 ve dönüştürülmüş puan 9 olarak belirlendi. Alt ölçek puanları dokunma, kaçınma ve sıklık alanlarında en yüksek puan olan 9 olarak bulundu. Ayrıca anorgazmi ve doyum alanlarındaki alt ölçek puanları da 4’ün üzerindeydi ve sırasıyla 5 ve 6 olarak bulunmuştur.

### Tedavi

*1. Oturum:* Çiftle birlikte ve tek tek görüşme yapıldıktan sonra cinsel anatomi ve fizyoloji ile ilgili ayrıntılı bilgiler verildi. Görüşme sırasında hasta veya eşinin cinsel anatomi ve fizyoloji ile ilgili soruları yanıtlandı. Cinselliğe karşı tutumları anlaşıl-maya, önyargı ve kalıp düşünceleri uygun bilgilendirmelerle aşılmaya çalışıldı. Tedavi anlaşması sözel kontrat olarak yapıldı. Tedavinin genel çerçevesi konuşuldu. Sistematik duyarsızlaşmanın nasıl uygulanacağı, bu yöntemin olası etki düzenek-leri anlatıldı. Eş son derece katılımcı ve uyumluydu. Daha sonra hasta ve eşine erotik masaj çizimleri olan bir kitaptan (Dr Andrew Stanway 1989, The

Art of Sensual Loving: A New Approach to Sexual Relationships) bazı resimler gösterilerek rahatsız olup olmadığı soruldu. Hasta çizimlerden beğendiklerini gösterdi. Daha sonra çifte 1 hafta süreyle yapmaları için dokunma egzersizleri, haftada en az 3 kez yapılmak üzere verildi ve cinsel ilişkiye girmeleri yasaklandı. Dokunma egzersizleri el-kol, ayak-bacak ve yüz-boyun bölgesiyle sınırlı tutuldu. Bu bölgeler hastanın dokunmayla ilgili kaygılarının olmadığını bildirdiği bölgelerdi. Hastaya sadece kendisini rahat hissettiği noktaya kadar dokunma ve dokunulma özgürlüğü olduğu söylendi ve bu alanların dışına kesinlikle çıkılmaması gerektiği anlatıldı. Dokunma alanları hastadan alınan geribildirimler doğrultusunda belirlendi. Başka bir deyişle üst sınırı terapist alt sınırı hasta belirleyecek şekilde yönlendirme yapıldı. Bacakların iç tarafı ve koltukaltı bölgesi, cinsel organlara ve göğüslere yakınlıkları nedeniyle ve bu bölgelere olan erken uyarımların hastanın kaçınma davranışını şiddetlendirilebileceği düşünüldüğünden dokunma alanının dışında tutuldu. Ayrıca Bayan T'ye ayna ile cinsel organlarına bakma, kendi kendini uyarma ödevi de verildi ve yapılanları yazarak bir sonraki oturuma getirmesi istendi.

2. Oturum: Çift son derece rahat görünüyordu. Ödevlerini yaptıklarını ifade ettiler. Bayan T'nin notları şu şekildeydi:

12.12.05: "Eşim elimden omzuma kadar çok rahat dokunabildi. Dirseğime kadar farklı bir şey hissetmedim, omuzuma çıktıkça daha hoş şeyler hissettim. Ben de eşimin elinden omuzuna kadar dokunabildim. Çok farklı duygular hissetmedim. Onun bana dokunması daha hoştu."

"İlk defa organımı gördüm ve hiç beğenmedim. Dokunmam çok zor oldu. Resimde gördüklerimizin hepsini gördüm. Mastürbasyon sonucu olumsuz." "Mastürbasyon sonucu olumsuz" ifadesini açması istendiğinde hasta kendine dokunmakta zorlandığını, dokunduktan sonra da zevk almadığını ve dokunmayı fazla sürdüremediğini ifade etti.

15.12.05: "Önce eşim benim ayak ve bacağıma dokundu. Sıcaklıktan başka bir şey hissetmedim. Üst baldırlar biraz daha iyiydi. Daha sonra ben dokundum. Üst iç baldırlara dokunmakta zorlandım. Farklı hisler olmadı."

"Organımı ikinci kez gördüğümde daha rahattım. Yani biraz alışmışım. Rahat dokunabildim. Bir önceki kadar çirkin gelmedi. Mastürbasyon başarısız."

18.12.05: "Birbirimizin yüzüne ve boynuna dokunduk. Kol ve bacaklara göre daha güzeldi."

Bayan T'ye cinsel organlar dışında kalan bütün vücut bölgelerine eşiyile karşılıklı dokunma alıştırmalarına geçip geçemeyeceği sorulduğunda kabul etti. Ayna ve kendi kendine dokunma alıştırmalarını sürdürmesi önerildi. Cinsel ilişki yaşayışının sürdüğü anımsatıldı.

3.oturum: Çift son derece mutluydu. "Bu kadar kolay olabileceğini hiç düşünmedik. Keşke daha önce bu yöntemi bilseydik Kendi kendimizi tedavi edebilirdik" diyorlardı. Kendilerini tutamayıp cinsel ilişkiye girdiklerini ve bundan çok hoşnut olduklarını belirttiler. Evlilikleri boyunca ilk kez böyle bir duygu yaşadıklarını, birbirlerine bedensel ve ruhsal olarak çok yakınlaştıklarını ifade ettiler. Bayan T'ye meniden rahatsız olup olmadığı sorulduğunda artık böyle bir yakınması olmadığını dile getirdi. Notları şu şekildeydi:

19.12.05: "Önce ben eşime dokundum. Ona hiç bu kadar rahat dokunduğumu hatırlamıyorum. Cinsel bölgeleri hariç her yerine dokundum. Göğüs ve bacaklarının iç kısmına dokunmak daha çok hoşuma gitti. Eşim bana dokunduğunda daha mutlu oldum. Her tarafıma dokunabildi ve sonuçta orgazm olduk."

22.12.05: "Organıma hiç rahatsızlık duymadan baktım ve dokundum. Mastürbasyon sonucu orgazm oldum."

24.12.05: "Eşimin ve benim dokunmamdan hiç etkilenmedim. Çünkü konsantre olamadım."

Bir önceki gibi organımı görmekten rahatsız olmuyorum. Rahatım ve orgazm oldum."

25.12.05: "Dokunuşlar yine çok güzeldi. Eşime dokunmaktan çok onun bana dokunması hoşuma gidiyor. Dokunmalar yarım kaldı. Çünkü orgazm olduk."

Bu oturumda uygulanan GRCDÖ ham toplam puan 35, dönüştürülmüş toplam puan 4 olarak bulundu. Alt ölçeklerden alınan dönüştürülmüş

puanlar 5 puanın altındaydı. İlk ölçek puanlarıyla kıyaslandığında çok belirgin düzelme olduğu görülüyordu.

Son oturumdan 2 ve 6 ay sonra yapılan telefon görüşmelerinde ilişkinin sorunsuz olarak sürdüğü ifade edildi. (8.2.06 ve 12.6.06). Bayan T kolaylıkla orgazm olduğunu, cinsel isteğinin arttığını ve ilişki sırasında daha önceleri olan ağrı yakınmasının da ortadan kalktığını bildirdi. Çift iyi olduklarını ve uygun zamanları olmadığını ifade ederek kliniğe tekrar başvurmadığı için kontrol ölçeği uygulanamadı. Ancak telefon görüşmelerinden edinilen izlenim iyilik halinin sürdüğü yönündeydi. Telefon görüşmeleri sırasında çiftten kimlikleri gizli tutulmak kaydıyla eğitim ve araştırma amacıyla hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bilgilerin kullanılması için sözlü olarak onay alındı.

Tedavide temel olarak hasta, giderek artan oranlarda kaçınılan ve kaygı uyandıran cinsel durumlara in vivo olarak maruz bırakılmıştır. Amaç Bayan T'nin rasyonel olmayan cinsel korkularının, yani dokunma ve dokunulma korkusunun giderek söndürülmesidir. Bu süreçte hastanın sakin ve destekleyici koşullarda, haz almaya odaklanmasının önemi vurgulanmıştır. Masters ve Johnson tarafından geliştirilen duyumlara odaklanma (sensitive focus) alıştırılmaları cinsel fobi ve kaçınma davranışını en iyi tedavi eden yöntem olarak kabul edildiğinden terapide bu alıştırılmalar ev ödevi olarak verilmiştir. Bu alıştırılmalar orijinal olarak performans anksiyetesini azaltmak için tasarlanmış olmakla birlikte cinsel korku ve tiksintmeyi söndürmek için de ideal bir çerçeve sağlarlar. CTDB tedavisinde üç aşamalı olarak uygulanması önerilmektedir (Kaplan 1987). Birinci aşamada çiftte erotik olmayan, sistematik olarak adım adım arttırılan dokunma ödevleri verilir. Çiftin çıplak olması önerilir, cinsel birleşme ve orgazm yasaklanır. Dokunmaların anksiyete uyandırmadığı ve haz alınmaya başlandığı noktada duyumlara odaklanma alıştırılmalarının ikinci aşamasına geçilir. İkinci aşamada, birinci aşamada yapılanlara ek olarak cinsel organları uyarma alıştırılmaları vardır. Orgazm yine yasaktır. Dokunmaların yumuşak ve okşayıcı tarzda olması önemlidir. Orgazma yol açabilecek ritmik ve kuvvetli uyarılar önerilmez. Bu aşamada, cinsel uyarıyla ortaya çıkan haz verici

duyumlar ve duygular söndürme sürecinin güçlü pekiştiricileridir. Hastanın kendisinin ve eşinin cinsel organlarına karşı duyduğu korku ve kaçınmayı da azaltır. Hastanın eşiyile karşılıklı olarak cinsel organlara dokunma konusunda korkularının azalıp duyarsızlaştığı ve eşin varlığında cinsel olarak uyarılmaya başladığı noktada, vajinal giriş olmadan orgazm (extravajinal orgazm) olmanın denendiği üçüncü aşamaya geçilir. Bu aşamada hastadan eşinin yanında orgazm oluncaya kadar mastürbasyon yapması istenir. Hasta mastürbasyonla ilgili aşırı katı ve olumsuz tutumlara sahip ise bu aşama atlanıp eşlerin karşılıklı olarak birbirlerine mastürbasyon yapmaları önerilebilir. Vajina dışında sağlanan orgazm partnerle olan yakınlık düzeyini, partnere güven duymayı artırır ve iletişimi kolaylaştırır. Bayan T ve eşine birinci aşama alıştırılmaları ilk oturumda çok sınırlı bir alanı içerecek şekilde verilmiştir. Örneğin, Bayan T sadece eline dokunulmasına izin veriyor olsaydı dokunma alanı elle sınırlı kalacaktı. Dokunmaların anksiyete uyandırmadığı ve haz alınmaya başlandığı noktada dokunma sınırları genişleyecekti. Burada özetlenen klasik yaklaşımdan farklı olarak, Bayan T'ye eşiyile sınırlı dokunma alıştırılmaları yaparken kendini uyarma ve bu şekilde orgazm olabilme ödevi de verildi. Bu yaklaşım, ilk görüşmede yapılan ayrıntılı bilgilendirme ve destekleyici tutum, çiftin yüksek motivasyonu ile birleşince tedavi çok hızlı ilerlemiştir. Kısa zamanda ilk ödevlerini başarıyla yapan çiftte, duyumlara odaklanma alıştırılmalarının birinci aşamasını tamamlamak üzere cinsel organlar dışında kalan bütün vücut bölgelerine eşiyile karşılıklı dokunma alıştırılmaları ödev olarak verilmiştir. Bu deneyimler cinsel ilişki ve orgazm sırasında yaşanılması olası kontrol kaybı ile ilgili korkulara duyarsızlaşmayı da sağlamış ve çift yıllardır ulaşamadıkları bir cinsel uyarılma düzeyine ulaşmıştır. Sonuçta hala süren orgazm ve cinsel birleşme yasağına kendilerini tutamadıkları gerekçeyle uymamışlardır. Anksiyete ve kaçınmanın tamamen kaybolmasından sonra orgazmı amaçlamadan kısmi vajinal girişe ve daha sonra da tam vajinal girişe izin verilerek tamamlanması planlanan duyarsızlaştırma süreci de kendiliğinden sona ermiştir Böylece ikinci ve üçüncü aşama iç içe geçmiş olarak yapılmış ve sonuç başarılı olmuştur.

## TARTIŞMA

Cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu çok sık rastlanmayan, bununla birlikte karşılaşıldığında tanı, sınıflandırma ve tedavisinde güçlükler yaşanan bir bozukluktur. İlk kez 1987'de DSM-III-R' ye girmiş ve DSM-IV-TR de dahil olmak üzere cinsel bozukluklar kapsamında yer almıştır.

Sunulan olguda tanı ve tedavi sürecinde sorun yaşanmadığı gibi olgu "davranışsal duyarsızlaştırma" (behavioral desensitization) yönteminin ve genel cinsel terapi ilkelerinin uygulandığı terapi yöntemiyle şaşırtıcı derecede kısa sürede, toplam 3 oturumda tamamen düzelmiştir. Literatürdeki olgular gözden geçirildiğinde CTDB olan kişilerde çocukluk döneminde veya ilk cinsel deneyim sırasında cinsel travma veya uygunsuz cinsel davranış deneyimleri olduğu ya da cinsel olarak kapalı-tutucu ailelerde yetiştirildikleri görülmektedir (Crenshaw 1985, Kaplan 1987, McCarthy 1995, Kinsberg ve Janata 2003). Sunulan olgu bu bakımdan literatürdeki örneklerle benzerlik göstermektedir. Ancak Bayan T'nin cinsel olarak aktif olmasından çok önce gerçekleşen cinsel taciz olayının süreklilik göstermemesi ve taciz eden kişinin çok yakın bir aile bireyi olmamasının tedaviye hızlı yanıtta önemli olduğu düşünülebilir.

CTDB tedavisi açısından literatür gözden geçirildiğinde, tedavide davranışçı yöntemlerin etkili olduğu yönünde fikir birliği olduğu görülmektedir. Tedavi süresi olarak haftada 1-2 kez yapılan 8-12 oturumun uygun olduğu belirtilmektedir (Finch 2001, Kinsberg ve Janata 2003). Sunulan olguda toplam 3 oturumda düzelmeye olmuş, 2 ve 6 ay sonra yapılan telefon görüşmelerinde de sorunun yinelemediği saptanmıştır. Herhangi bir başka psikiyatrik bozukluğunun bulunmamasının tedaviye hızlı yanıtta etkili olduğu düşünülmektedir. Oysa gözden geçirilen olguların hemen hepsinde yeme bozukluğu, depresyon (Finch 2001, Kinsberg ve Janata 2003), panik bozukluk, basit fobiler (Kaplan 1987, Kinsberg ve Janata 2003) gibi ek psikiyatrik sorunların olduğu ve terapilerin daha uzun sürdüğü saptanmıştır.

Tedaviye olumsuz yanıtla ilişkili faktörler arasında eşlik eden depresyon ve/veya başka psikiyatrik sorunların bulunması, cinsel travma ve/veya cinsel

taciz öyküsü yanında, bozukluğun yaşam-boyu (birincil) tipte olması, hastanın anorgazmik olması, eşle iletişimin kötü olması ve önceki başarısız tedavi girişimleri de gösterilmektedir (Pridal ve LoPiccolo 1995, Finch 2001). Bu faktörler açısından olgu irdelendiğinde Bayan T'nin orgazmik olması, eşyle ilişkisinde karşılıklı sevgi, anlayış, güven ve içtenlik olması, daha önceden olumsuz sonuçlanan tedavi girişiminin olmamasının hızlı düzelmede etkili olduğu düşünülmektedir. Terapiye olumlu yanıtı etkileyen belki de en önemli faktör çiftin iyileşme için yüksek motivasyona sahip olması ve direnç göstermeden ödevlerini yapması olarak görülmektedir ki Bayan T ve eşi bu nitelikleri taşıyordu.

Cinsel konularda deneyim ve bilgi eksikliğinin sorunların oluşmasında ve sürmesinde önemli olduğu bilinmektedir. Kinsberg ve Janata (2003), terapi oturumlarında yapılan bilgilendirmenin ve sistematik duyarsızlaştırma ödevlerinin neden verildiğinin hastaya açıklanmasının terapi sürecinde önemli olduğunu bildirmektedir. Hem Bayan T hem de eşi cinsel olarak deneyimsizdi ve kısıtlı bilgiye sahipti. Bu nedenle terapi oturumlarında yapılan ayrıntılı bilgilendirmenin, cinselliği olumlayıcı, destekleyici tutumun da tedaviye hızlı yanıtta etkili olduğu ileri sürülebilir. Dokunma alıştırmalarının çok sınırlı bir alanda kısıtlı tutulması, eş zamanla olarak hastaya kendi cinsel organlarını tanıma, kendini uyarma ve bu şekilde orgazm olma ödevlerinin de verilmesi tedavi süreci hızlandıran diğer faktörler olarak görülebilir.

Sonuç olarak bu olgu, CTDB olan hastaların tanı ve tedavisinin her zaman zor olmadığını, uygun bilgilendirme ve terapi teknikleriyle bazen şaşırtıcı olabilecek kadar kısa sürede düzelebileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca terapi sürecini olumlu veya olumsuz olarak etkileyebilecek değişkenleri gözden geçirme ve tartışma fırsatı vermektedir.

---

Yazışma adresi: Dr. Sultan Doğan, Özel GOP Hastanesi, İstanbul, sultandogan@yahoo.com

---

#### KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, 2. Baskı, (Çev: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2005.
- Crenshaw TL (1985) The sexual aversion syndrome. *J Sex Marital Ther*, 8:179-197.
- Finch S (2001) Sexual aversion disorder treated with behavioral desensitization. *Can J Psychiatry*, 46: 563-564.
- Kaplan HS (1987) *Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorder*, New York, Brunner/Mazel, INC.
- Katz RC, Jardine D (1999) The relationship between worry, sexual aversion and low sexual desire. *J Sex Marital Ther*, 25:293-296.
- Kinsberg SA, Janata JW (2003) The sexual aversions. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. Levine SB, Risen CB, Althof SE (Eds), New York, Brunner-Routledge, s.153-165.
- McCarthy BW (1995) Childhood sexual trauma and adult sexual desire: A cognitive-behavioral perspective. *Case studies in sex therapy*. Rosen RC, Leiblum SR (Eds), New York, The Guilford Press, s.148-160.
- Ponticas Y (1992) Sexual aversion versus hypoactive sexual desire: A diagnostic challenge. *Psychiatric Medicine*, 10:273-281.
- Pridal CG, LoPiccolo J (1995) Joyce and Leonard: Sexual aversion or sexual addiction? *Case studies in sex therapy*. Rosen RC, Leiblum SR (Eds), New York, The Guilford Press, s.131-147.
- Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E (1993) Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4:(2)83-89.